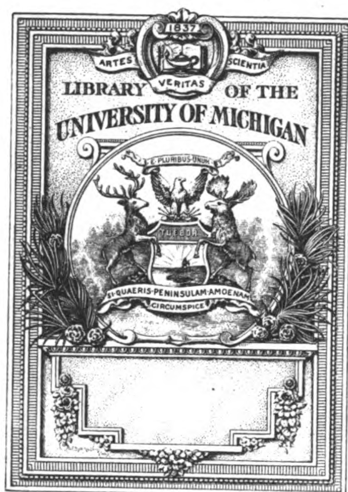

D 3 9015 00399 401 2
University of Michigan – BUHR

PAGE NOT AVAILABLE


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat)

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXI. JAHRGANG
(NEUE FOLGE XIII. JAHRGANG).

St. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp. Nr. 15.
1896.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

H.

M.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Namen-Register.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, 6. (18.) Januar 1896

Ueber die Mikroorganismen des Ulcus molle.

Von

Dr. Arthur Jordan.

Vortrag gehalten im jüngeren Verein deutscher Aerzte zu Moskau am 4. December 1895.

Die Infectiosität und die Besonderheiten des Ulcus molle gegenüber den sonstigen Geschwüren legten den Gedanken nahe, dass ein bestimmter Mikroorganismus demselben zu Grunde liege. Nach vergeblichen Versuchen einiger Autoren diesen Infectionserreger zu ergründen, traten in den achtziger Jahren Primo Ferrari und bald darauf de Luca[1]) mit Beschreibungen eines für diese Affection specifischen Mikroorganismus auf, aber die Angelegenheit kam doch eigentlich erst in Fluss, als Ducrey[2]) im Jahre 1889 mit seinen gründlichen Untersuchungen über diese Frage hervortrat. Er überimpfte das weiche Geschwür unter aseptischen Cautelen bei den Trägern desselben weiter und erhielt bis in die 5. und 6. Generation immer wieder typische Ulcera mollia, deren Secret sich aber mikroskopisch insofern von dem primären Ulcus molle, welches vielerlei Coccen und Bacterien enthielt, unterschied, als es in immer reinerer Weise einen Mikroorganismus erkennen liess, den Ducrey in folgender Weise beschreibt: «Es ist ein Bacterium von 1,48 μ Länge und 0,50 μ Breite, kurz und dick, mit verbreiterten Enden und einer lateralen Impression, wodurch die Form einer 8 zu Stande kommt. Dieses Bacterium tritt bald reichlich, bald spärlich auf, gewöhnlich in Gruppen von 4, 5, 8 Elementen oder mehr. Vorzüglich findet es sich zwischen den Zellen, aber man kann ihm auch im Protoplasma der Eiterkörperchen begegnen. Am Besten gelingt die Färbung mit Fuchsin, Methyl- und Gentianaviolett, während sich der Mikroorganismus nach Gram und Kühne nicht färben lässt. Züchtungsversuche auf verschiedenen Nährböden fielen jedoch negativ aus». Die Beobachtungen von Ducrey fanden zunächst eine Bestätigung durch Krefting[3]), welcher in derselben Weise vorging, jedoch noch mehr (7—8) Generationen herstellte. Er beschreibt den Bacillus im Allg. ebenso wie Ducrey, denn die kleinen Differenzen hinsichtlich der Länge und Breite sind belanglos und es wäre nur als ein wesentlicher Unterschied anzugeben, dass Krefting die Gruppen dieses Bacillus vorzüglich in den Eiterzellen, Ducrey dagegen meist zwischen letzteren gelagert fand. Hervorgehoben zu werden verdient noch, dass Krefting diese Bacillenart in jeder Pustel, welche sich von sicherem Schankervirus herschrieb, gefunden hat. Als Färbflüssigkeit bediente sich Krefting vorzüglich der Sahli'schen Borax-Methylenblaulösung und bestätigt, dass der Bacillus sich nicht nach Gram färben lässt. Reinzüchtungen gelangen nicht.

Sowohl Ducrey, als Krefting hatten zu ihren Untersuchungen vorzüglich das Secret der Inoculationspusteln gewählt und das Secret des unreinen Ulcus molle nur nebenbei untersucht, weil es ihnen zu reich an eitererregenden, secundären Kokken erschien. Petersen[4]) zog auch das Secret des unreinen ulcus molle in den Kreis seiner Betrachtung und fand dort «ausser verschiedenen Bacillen und Coccen stets einen Bacillus, der mit dem von Ducrey und Krefting beschriebenen identisch war». Petersen fand diesen Bacillus «einzeln oder in kleinen Gruppen theils frei, theils in den Leukocyten und hebt als besonders charakteristisch, die helle, weniger gefärbte Mitte gegenüber den stark tingirten Enden des kurzen Bacillus hervor. Unter den verschiedenen Farblösungen, mit welchen sich der Bacillus färben lässt, rühmt auch Petersen die Methylenblau-Boraxlösung als die beste. Gleich seinen Vorgängern vermochte Petersen niemals den bewussten Bacillus «in syphilitischen Erosionen, ulcerirten Papeln und Ecthyma syphiliticum»

[1]) Petersen. Ulcus molle. Arch. für Dermatologie u. Syphilis XXIX, Bd. pag. 424.

[2]) Ducrey. Congrès international de Dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris en 1889.

[3]) R. Krefting. Arch. für Dermatol. u. Syphilis 1892 Ergänzungsheft II.

[4]) Petersen. l. c. pag. 427.

zu beobachten. Unna[5]) schlug einen andern Weg zur Klärung dieser Frage ein, indem er in 5 typischen Fällen die Ulcera mollia excidirte und das Gewebe einer mikroskopischen Untersuchung unterzog. Er constatirte dabei in allen Fällen ein und denselben Bacillus von 1¹/₄ bis 2 μ Länge und ¹/₃ μ Breite, welcher aber in Ketten angeordnet und stets in den Lymphspalten zwischen den Gewebszellen anzutreffen war. Von diesem sog. Streptobacillus des weichen Schankers konnte Unna auch nicht die geringste Spur im harten Schanker, in syphilitischen secundären und tertiären Geschwüren wie bei einem Herpesgeschwür und einem gewöhnlichen Ulcus cruris entdecken. Die Färbung nahm Unna mittelst alkalischem Methylenblau vor. Gegenüber Jod, Alcohol und Säure war der Bacillus nicht im Stande die Farbe zu halten. Dieser Streptobacillus von Unna unterscheidet sich demnach in manchen Dingen von dem Ducrey-Krefting'schen Diplobacillus und Unna lässt die Frage offen, ob die Differenzen allein darauf zurückzuführen sind, dass er das Gewebe und nicht das Secret untersuchte. Culturversuche und Impfungen hat Unna nicht vorgenommen.

Diesen Autoren folgte nun eine Reihe Anderer, welche das Vorkommen des Ducrey'schen Diplobacillus und gelegentlich auch dasjenige des Streptobacillus von Unna im Secret des weichen Schankers bestätigen konnten, ohne dass es aber Jemandem Culturen herzustellen gelang. Abgesehen von diesem Umstande ist aber auch sonst, trotz aller dieser Untersuchungen, die Frage von den Mikroorganismen des Ulcus molle noch nicht als abgeschlossen anzusehen, woher ich mich auf den Rath des Collegen A. Lanz gleichfalls an die mikroskopische Untersuchung des Secrets von den Geschwüren der Geschlechtstheile machte. Für diesen Rath, wie insbesondere für das freundliche Interesse, welches Herr Dr. Lanz meinen Untersuchungen gegenüber zeigte, möchte ich ihm auch an dieser Stelle meinen besten Dank aussprechen.

Der Hauptzweck, welcher mich leitete, war der Frage nachzugehen, ob der gefundene Bacillus ein sicheres Unterscheidungsmittel des weichen Schankers von den vielen anderen Geschwüren der Geschlechtstheile darbietet, welche augenblicklich unter der Diagnose Ulcus molle gehen, ohne dass sie die klinischen Merkmale des typischen Ulcus molle zeigen. Unter letzterem verstehe ich nach Kaposi[6]) «einen ziemlich tiefgreifenden Substanzverlust des Coriums oder der Schleimhaut, lochförmig, wie mit dem Lochbohrer gemacht, mit scharf abgesetzten, feinzackigen, wie ausgenagten, etwas unterminirten, wenig vorgewölbten, von einem entzündlichen Hof umgebenen Rändern».

In 34 Fällen, wo die Geschwüre der Geschlechtstheile dieser Charakteristik entsprachen, entnahm ich vom Secret zur mikroskopischen Untersuchung. Zunächst spülte ich meist das Geschwür ein wenig mit Sublimat oder Carbolsäure ab und holte erst danach mittelst ausgeglühter Platinöse Secret unter den Rändern des Geschwürs hervor, um dasselbe auf einem Deckgläschen zu verreiben, zuweilen entnahm ich aber auch das Secret ohne vorherige Abspülung. Die Secretschicht wurde auf dem Deckgläschen durch Abziehen des letzteren an einem anderen verdünnt, dann getrocknet und das Deckgläschen schwimmend in eine Farblösung gelegt, als welche ich vorzüglich wässriges Carbolfuchsin und die Sahli'sche Boraxmethylenblaulösung verwandte. Die Färbung dauerte 10—15 Min., darauf wurde das Präparat in Wasser abgespült, abgetrocknet, weiter in Canadabalsam eingebettet und mittelst der Zeiss'schen Oelimmersion 1 : 12 betrachtet. In allen diesen Fällen ergab das mikroskopische Bild zunächst zwar häufig eine Unmasse verschiedener Coccen, Diplococcen und auch Stäbchen, ausserdem aber jedes Mal ein kurzes Stäbchen, welches an den Enden kugelig anschwillt und hier dunkler gefärbt erscheint, als der blasse Zellleib. Letzterer ist seitlich ein wenig comprimirt, dass das Ganze in der That, wie die Autoren angeben, Aehnlichkeit mit einer Hantel hat. Dieses Stäbchen findet sich bald einzeln, bald in Gruppen von 3, 4, bald in ganzen Haufen, theilweise in den Eiterkörperchen, theilweise ausserhalb derselben, jedoch an letzterer Stelle viel häufiger. Hin und wieder legen sich zwei Stäbchen an einander und bilden eine kurze Kette, aber eine lange Kette, wie sie Unna beschreibt, habe ich nicht gesehen. Ausser diesem Stäbchen sah ich auch noch öfter das von Petersen[7]) in einer früheren Arbeit beschriebene Stäbchen, welches am Zellleib die seitliche Compression vermissen lässt, dessen beide Enden aber ebenfalls stark tingirt sind. Meine Befunde bestätigen also die Angaben der früheren Autoren, dass sich in den frischen Fällen von typischem Ulcus molle stets ein durch besondere Merkmale ausgezeichnetes Stäbchen innerhalb und ausserhalb der Eiterzellen, findet, welches aber in seiner Menge wechselt, indem es bald reichlich, bald spärlich auftritt. Wird der weiche Schanker mit einem desinficirenden Pulver behandelt, so ergiebt die Untersuchung des Secrets am andern Tage zwar noch sehr vereinzelte Stäbchen, aber am zweiten Tage hält es im Allg. schwer, dieselben noch nachzuweisen. Unter den genannten 34 Fällen von typischen ulcera mollia hatte ich zweimal Gelegenheit zu sehen, wie das Ulcus molle allmählich verheilte, dabei aber langsam härter und härter wurde und endlich das Bild einer Sclerose darbot. Diese beiden Fälle von Chancre mixte beanspruchen besonderes Interesse und werde ich mir daher auf dieselben nochmals zurückzukommen erlauben.

In dem Secret von syphilitischen Papeln, von Sclerosen wie andererseits auch in dem Inhalt von Acnepusteln konnte ich den beschriebenen Bacillus nicht entdecken, dagegen konnte ich ihn unter 6 Fällen von Exulcerationen des Praeputium penis, welche nicht den Eindruck von Ulcera mollia machten, 4 Mal, wenn auch in spärlichem Grade beobachten. Haben wir es demnach nicht am Ende anstatt mit einem specifischen Bacillus in dem gegebenen Fall blos mit einem gewöhnlichen unschuldigen Bewohner des Secrets des Präputialsackes, resp. der Vulva zu thun? Abgesehen aber davon, dass sich unter solchen Umständen der betreffende Bacillus auch bei den syphilitischen Papeln etc. hätte finden müssen, könnte sich derselbe dennoch keinenfalls in den Eiterkörperchen, wie hier finden. Wir glauben daher, dass die von uns beobachteten Fälle von Exulcerationen mit positivem Befunde von Diplobacillus des Ulcus molle wirkliche weiche Geschwüre waren, wo sich aber in Folge vorhergegangener Behandlung oder in Folge des Beginnes der Erkrankung die Ulcus-molle-Bacillen noch nicht in dem Maasse hatten entwickeln können, um das klinisch typische Bild eines derartigen Geschwürs zu liefern.

Wir kommen nun zu der wichtigen Frage, ob der von so vielen Autoren und auch von uns im Secret beobachtete Diplobacillus der wirkliche Urheber des weichen Schankers ist und ob derselbe mit dem Streptobacillus von Unna in den Schnitten übereinstimmt. So lange die Culturen und Impfungen noch kein positives Resultat ergeben haben, ist es natürlich unmöglich, diese Frage in entschiedener Weise zu beantworten, aber soviel lässt sich doch augenblicklich sagen, es ist höchst wahrscheinlich, dass dieser Diplobacillus der Urheber des Ulcus molle ist, weil er sich stets wiederkehrend allein nur in den weichen Geschwüren findet und weil es verschiedenen

[5]) Unna. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XIV. Nr. 12, p. 485.

[6]) Kaposi. Pathologie u. Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891 pag. 41.

[7]) Petersen: Wratsch 1893. № 5, Russisch.

Autoren, denselben in mehreren Generationen rein zu erhalten, gelungen ist. Und wahrscheinlich ist es ferner, dass der Diplobacillus des Secrets mit dem Streptobacillus in den Schnitten identisch ist, weil ersterer ja auch in dem Secret gelegentlich in Ketten gefunden wird; jedoch fehlt hierfür noch völlig der Beweis. Das ist die Ansicht der meisten Autoren, der wir uns anschliessen möchten. Nicht unerwähnt lassen wollen wir aber, dass sich auch gewichtige Stimmen gegen eine solche Auffassung geltend machen, was bei dem Fehlen der Culturen durchaus natürlich und zur weiteren Klärung der Frage nur nützlich ist. So spricht sich Finger[8]) in seinem eben erschienenen neuesten Lehrbuch der Syphilis und der venerischen Krankheiten gegen die Wahrscheinlichkeit aus, dass Diplobacillus und Streptobacillus identisch sind und sagt, dass falls dieses bewiesen werden sollte und auch Culturen und Impfungen gelangen, es von nur geringer Bedeutung wäre «denn mit dem Beweise, dass diese Bacillen Erreger des Ulcus molle sind, wäre noch nicht auch bewiesen, dass sie die einzigen Erreger desselben sind». Das ist doch wohl etwas zu weitgehend, stimmt aber mit der sonstigen freilich keinen Anklang findenden Ansicht des geehrten Verfassers überein, welche darauf hinausläuft, dass «jeder Eiter unter günstigen Bedingungen, an jedem Individuum Geschwüre erzeugen könne, die in Generationen impfbar sind, dem weichen Schanker also ein einziges, specifisches Virus nicht zukommt, dasselbe vielmehr durch verschiedenen Eiter, also dessen Erreger bedingt werde».

Die Frage von dem Ulcus-molle-bacillus ist somit noch nicht entschieden, aber wie es scheint, sind wir, ungeachtet der Zweifel Fingers, auf dem richtigen Wege die Erklärung für diese Geschwürsform zu finden, um dieselbe von anderen ähnlichen Processen unterscheiden zu können. Leider aber ist für die practisch bedeutungsvollste Frage — ob ein weiches Geschwür weich bleibt oder mit der Zeit in eine Sclerose übergeht, d. h. einen sog. Chancre mixte präsentirt, durch das muthmaassliche Auffinden des Urhebers des Ulcus molle Nichts erreicht. Wie erinnerlich, hatte ich Gelegenheit zwei typische Ulcus-molle-Fälle zu beobachten, in denen auch das Mikroskop den Diplobacillus nachwies und nach einiger Zeit wurde aus dem weichen Geschwür ein harter Schanker. Aehnliche Beobachtungen hat Krefting[9]) in einer interessanten Abhandlung über Chancre mixte in den Monatsheften für prakt. Dermatologie gebracht. Er beschreibt 10 Fälle, wo es sich um Ulcera mollia handelte, welche er an den betr. Patienten mit positivem Erfolg weiter inoculirte und wo es im späteren Verlauf zu Induration der Ulcera mollia kam. Hier war somit der Beweis, dass es sich um Ulcera mollia handelte, auch noch durch die Ueberimpfung erbracht und doch kam es zur Sclerose. Beide Processe sind also etwas ganz Apartes, die nur zuweilen gleichzeitig übertragen werden können. Zum Schluss sei noch angeführt, dass ich Culturen vom Ulcus-molle-Bacillus herzustellen mich zwar auch bemüht habe, aber mit negativem Erfolg. Hoffentlich gelingt es allmählich auf diesem Gebiet Geübteren zum Ziel zu kommen um die Zweifel, welche sich jetzt noch erheben zu beseitigen.

Referate.

E. Scherk: Beitrag zur Heilung der Schulkurzsichtigkeit. («Deutsche Medicinische Wochenschrift» № 33 und № 34 1895).

[8]) Finger. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. Leipzig u. Wien 1896, pag. 229.

[9]) Krefting. Monatsheft f. praktische Dermatologie. Bd. XXI. Nr. 9, pag. 434.

Es ist leider eine traurige Thatsache und allen Aerzten wohlbekannt, dass das Uebel der Kurzsichtigkeit unter den Schulkindern von Jahr zu Jahr zunimmt, allen bisher angewandten Bemühungen zum Trotz. Deshalb sind die beiden therapeutischen Vorschläge, die Verfasser in seiner Abhandlung macht, sehr willkommen, zumal sie einfacher Art sind, mit Aufwand der geringsten Unkosten rechtzeitig jeden Orts institnirt werden können, und, was bei weitem die Hauptsache ihres Werthes ausmachen dürfte, ohne Unterbrechung oder nennenswerthe Beschränkung der Schulpflichten angewandt werden könnten. Scherk betont es, wie wenig man durch die Maassregeln welche das Kind dem Unterricht entziehen, gewöhnlich erreichen kann, da nachträglich wieder eine Ueberanstrengung der Augen folgen muss, nach den heutigen Anforderungen, die an ein Schulkind gestellt werden. Er hat nun Jahrelang — eine zehnjährige Erfahrung steht ihm zur Verfügung — diese Art der Behandlung geübt und ist zu der Erkenntniss gekommen, dass natürlich, je früher man die Behandlung der Myopie einleitet, desto bessere Erfolge man erzielen kann, jedoch betont Verfasser, dass er auch in vielen Fällen des schon stärker ausgesprochenen Uebels, freilich nach längerer Zeit, ganz allmähliche Rückbildung des Uebels beobachten konnte, und dass nicht nur in vereinzelten Fällen, sondern mehrfach.

Scherk schildert in seiner Abhandlung eingehend Wesen und Genesis der Myopie und weist darauf hin, dass es meistens entzündliche respective irritative Processe sind, die ein normales Auge in ein myopisches verwandeln. Darin glaubt er eine Indication zu besitzen und sein erstes Mittel besteht in einer Blutablenkung örtlicher Art vom Orte der krankhaften Veränderung, da ja im Kindesalter eine Blutentziehung meistens nicht statthaft ist. Zu diesem Zwecke wendet Verfasser bereits 10 Jahre besondere nach Art der trockenen Schröpfköpfe zu diesem Zwecke construirte Gummisauger an, sogenannte «Schläfensauger» (zu haben in der optischen Anstalt von Amuel-Teschner, Markgrafenstrasse 60, Berlin). So ein «Schläfensauger» besteht aus einem etwa apfelsinengrossen Gummiballon von extrastarker Wandung mit kurzem, flaschenhalsartigem Glasansatz, eher noch etwas länger als der Cylinder des Heurteloup. Die Anwendung ist etwa folgende: Abend für Abend wird der «Schläfensauger» dem Patienten, wenn dieser sich schon im Bette befindet, kurz vor dem Einschlafen, an die Schläfe gesetzt in der Höhe der Augenbrauen möglichst weit hinten; lässt man die Compression des Gummiballons nun nach, so saugt sich das kleine Instrument an, unter Bildung eines vorspringenden Wulstes. Die Application, die durchaus schmerzlos ist, wird 5 Minuten fortgesetzt, und stützt man dabei am Besten den Ballon mit der Hand um unnöthige subcutane Zerrungen und Hämorrhagien kleinster Gefässe zu vermeiden. Die kleinen Patienten gewöhnen sich bald an dieses Mittel, da sie die günstige Wirkung der auf diese Art wiederholten Blutableitung fühlen. Das so entlastete Auge erholt sich nun während der Nacht. Auch auf die vorderen Gehirnpartieen glaubt Verfasser einen günstigen Einfluss bemerkt zu haben. Der Schlaf tritt rascher ein, wird ruhiger und erquickender. Verfasser empfiehlt jedoch nicht an beiden Schläfen zur selben Zeit, sondern nach einander den Sauger anzusetzen, die Wirkung könnte sonst bei schwächlichen Individuen unnütz stark ausfallen.

Das von Scherk empfohlene zweite Mittel ist das Cocaïn, welches er in allabendlicher Einträufelung von 1 bis 2 Tropfen einer 1, höchstens 2% Lösung in jedes Auge gleichfalls kurz vor dem Einschlafen angewandt hat, und zwar ohne jeden Schaden. Man verhindere nur ein Ablaufen der Flüssigkeit in den Mund. Cocaïn entlastet nun ähnlich wie Atropin den Accomodationsmuskel, der bei progressiver Myopie sich in krampfartiger Anspannung befindet und erweitert auf Stunden die Pupille; dadurch kann sich das angegriffene Auge während der Nacht beruhigen und zur neuen Thätigkeit erholen. Die mydriatische Wirkung unterscheidet sich aber von der des Atropins darin, dass nämlich durch Atropin eine tagelang andauernde Erweiterung der Pupille eintritt, wodurch eine langdauernde Aufhebung jeden Nahsehens eintreten muss. Auch wird durch Cocaïn nicht der intraoculäre Druck, wie das beim Atropin zu geschehen pflegt, gesteigert, dadurch kann die gewebsveränderte und ectatische Sclera, Ruhe finden zur Rückbildung und zur Heilung. Beim Cocaïn kommt noch die stark beruhigende, schmerz- und reizlindernde Wirkung hinzu und die damit Hand in Hand gehende starke Blutentleerung im Auge, so dass nach dieser Seite hin, eine Vervollständigung der obenerwähnten Wirkungen des «Schläfensaugers» erhalten wird. Verfasser hat stets bei der Behandlung beide Methoden combinirt.

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass es ihm häufig vorgekommen, dass er keine Erfolge erzielt hat, auch nicht durch eine combinirte Behandlung; das kam vor in den Fällen, wo Complicationen des Uebels und der Ursachen seiner

Entstehung vorhanden waren. Nach Beseitigung Letzterer wurde häufig später eine Besserung erzielt.

Hecker.

C. Fürer. Ueber Entziehungscuren und diesem Zweck dienende Anstalten. (Deutsche med. Wochenschrift № 39, 1895).

A. Behr. Ein seltener Fall von Morphiummissbrauch. (Wiener med. Wochenschrift № 40 u. 41, 1894).

Obwohl der Morphinismus gegenwärtig als ein gut charakterisirtes und bis in alle Einzelheiten festgestelltes Krankheitsbild anzusehn ist, so werden immer noch Stimmen in ärztlichen Kreisen laut, als wäre die ganze Frage — namentlich in Bezug auf Behandlung und Prognose — nicht von der Bedeutung und Tragweite, wie sie von Psychiatern und Neurologen ihr wohl beigemessen werde. Eine derartige Beurtheilung dieser so folgenschweren Krankheit involvirt, namentlich wenn sie von ärztlicher Seite kommt, eine eminente Gefahr, denn leider ist es eine bekannte Thatsache, dass die Hauptschuld bei der immer zunehmenden Verbreitung des Morphinismus den ärztlichen Stand selbst trifft. «Ohne Aerzte gäbe es keine Morphiumsucht» sagt Kraepelin. — Um so verdienstvoller ist es, wenn das als richtig und wahr Anerkannte in allgemeinwissenschaftlichen Zeitschriften von fachwissenschaftlicher Seite uns wiedergegeben wird, wie es Fürer und Behr in ihren genannten Arbeiten thun.

Als Leitmotiv zieht durch die Fürer'sche Arbeit der Gedanke, dass nicht die Sucht nach einem bestimmten Narcoticum sondern dass «das durch ein irgend wie aus dem Gleichgewicht gerathenes Nervensystem bedingte Verlangen nach irgend einem Betäubungsmittel, einerlei welchen Namen es hat,» das Wesen der Krankheit bildet.

Es giebt also eine «narkotische Sucht», die sich einmal als Morphinismus, ein andermal als Alcoholismus u. s. w. äussern kann, der eine Zustand kann auch in den andern übergehn, wie es ja die Erfahrung auch lehrt, dass bei Anwendung von Alcohol oder Cocain behufs Erleichterung der Morphiumentziehung aus dem Morphinisten ein Alcoholiker oder Cocainist wird. Dementsprechend kann der Arzt «nicht die specielle Sucht zu behandeln haben, sondern die Sucht nach narkotischen Mitteln überhaupt.» «Die Erfahrung hat bis heute gelehrt, dass es auf keine Weise gelingt, einen an narkotischer Sucht leidenden durch Substituirung eines wie immer gearteten Ersatzmittels zu heilen, ferner, dass immer wieder nach dem alten Mittel gegriffen wird, dafern es in der Wirksamkeitsskala der Narcotica höher steht als das substituirte Mittel; sodann dass der Erfolg der Cur in sehr vielen Fällen eine combinirte Sucht war, indem der Kranke das altgewohnte und das neuancurirte Mittel neben einander braucht.» Es ergiebt sich also bezüglich der Behandlung der Schluss: «An irgend welcher narkotischer Sucht Leidende müssen dazu gebracht werden, dass sie ohne jegliches Narcoticum (auch Alcohol, Brom etc.) leben; wird dieses nicht erreicht, so ist damit entschieden, dass ein Rückfall eintritt.» Fasst man die «narkotische Sucht» als Symptom einer tiefer gehenden Entartung auf, so ist es klar, dass die Prognose ungünstiger sein wird, «bei den ab ovo Degenerirten, als bei denjenigen mit erworbener Degeneration des Nervensystems.» — Dass als einzig rationelle Behandlung die Anstaltsbehandlung vom Verf. bezeichnet wird, ist nach dem heutigen Stand der Frage als selbstverständlich anzusehn.

Nähere Angaben über die Beschaffenheit der solchem Zwecke dienenden Anstalten sind im Original nachzulesen. Zum Schluss bespricht Verf. die Prophylaxe der narkotischen Sucht, wobei eine Hauptaufgabe der Hochschule resp. den Kliniken zufalle, denn diese haben den angehenden Mediciner im Sinne der heutigen Wissenschaft auszubilden, was in Deutschland speciell dadurch erschwert werde, dass die Psychiatrie auf den Universitäten nicht zu den obligatorischen Fächern gehöre. — Die in letzter Zeit vielfach verlautbarte Forderung, dass morphiumsüchtigen Aerzten bis zu ihrer Heilung die Venia practicandi zu entziehen sei, stellt auch Verf. —

Behr berichtet über einen Fall von Morphiummissbrauch, der insofern als ein seltener zu bezeichnen ist, als der Pat. nicht aus dem Kreise der oberen Zehntausend stammt, wo doch die Krankheit ihre Hauptausbreitung findet; ferner ist es auch dadurch ein seltener Fall, als der Pat. nach der ersten Injection zum Morphinisten wurde. In der sehr interessanten Krankengeschichte finden wir nicht nur eine Erklärung für die Seltenheit des Falles, sondern es ergeben sich aus ihr auch die Warnungsrufe, die Verf. in Bezug auf vorsichtige Indicationsstellung bei Morphiuminjectionen an die Collegen richtet. Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass dem Pat., einem hochgradig neuropathischen Individuum, das daneben noch an einem ulcus ventriculi litt, behufs Erleichterung der Schmerzen von einem hinzugerufenen Arzt eine Morphiuminjection gemacht wurde und der in jeder Beziehung charakterschwache und leicht zu beeinflussende Pat. dadurch zum Morphinisten gemacht wurde. Verf. der diesen Fall mehrere Jahre hindurch beobachtet hatte, wird auf Grund desselben zu folgenden Schlüssen gebracht: «Der Arzt hat die Pflicht, nicht eher zur Morphiumspritze zu greifen, als bis er seinen Kranken kennt, bis er seine Eigenheiten weiss, bis er sich überzeugt hat, dass er es mit keinem degenerirten (resp. disponirten) Individuum zu thun hat, oder wenn er die Ueberzeugung hegt, dass die Gefahr, ihn morphiumsüchtig zu machen, nicht zu hoch erkauft ist, wie es bei unheilbaren oder dem Tode verfallenen Kranken der Fall ist, oder endlich in Lebensgefahr und wenn alle übrigen Versuche, zu helfen im Stiche lassen.» «Wenn wir sehen, dass schon eine einzige Einspritzung hinreicht, um einen Morphinisten zu erzeugen, so müssen wir immer bedenken, solchen Personen zu begegnen, auf die gerade die erste Einspritzung am verderblichsten wirkt. Die Bedeutung des ersten Anstosses im Individualleben der Degenerirten, oder besser der Desaequilibrirten, ist gar nicht hoch genug zu veranschlagen. Das Geringfügigste genügt, um ein disponirtes Hirn in eine falsche Fährte zu bringen, wie es ja genugsam bekannt ist.» «Man darf nicht zu dem ursprünglichen Leiden ein Plus fügen, zu der Nervosität und dem Magenleiden als Drittes den Morphinismus.» «Das grosse Heer der Degenerirten, der sogenannten schwachen Menschen, ist schon von Geburt an reif für irgend etwas Absurdes, es bedarf nur des Funkens, um sie zu entzünden. Der Arzt hüte sich, diesen Brand zu entfachen, er spritze nicht gleich jedem wehleidigen Hystericus Morphium ein und halte sich die Gefahr des Morphinismus vor Augen.»

Diesen zur Vorsicht mahnenden Aussprüchen des Verf. wird wohl jeder Arzt, der von dem Ernst der Sache überzeugt ist, beipflichten.

W. Vierhuff (Riga).

Arthur Nicolaier (Professor in Göttingen). Ueber die therapeutische Verwendung des Urotropin (Hexamethylentetramin). Deutsche Med. Wochenschr. № 34.

In einer vorläufigen Mittheilung hat Verf. bereits berichtet, dass das aus Formaldehyd und Ammoniak entstehende Urotropin in Dosen bis zu 6,0 pro die von Erwachsenen ohne unangenehme Nebenwirkungen gebraucht werden kann; unter dem Einflusse dieses Mittels vermehrt sich die Diurese, die Harnsäuresedimente im Urin bilden sich nicht mehr. Nach den weiteren Versuchen scheint das Urotropin besonders für die Behandlung der harnsauren Steine geeignet zu sein, denn es ergab sich, dass nach Darreichung des Mittels der Harn, ohne dass die vorher saure Reaction sich änderte, harnsäurelösende Eigenschaften erhielt. Giebt man z. B. einem Erwachsenen, dessen Urin bei Bruttemperatur harnsaure Concremente selbst bei mehrtägiger Einwirkung nicht zu lösen vermag, genügend grosse Dosen dieses Mittels, so überzeugt man sich, dass die Lösung der in den Urin eingebrachten harnsauren Steine schon im Laufe der ersten 24 Stunden beginnt und allmählig fortschreitet, so dass nach einer Reihe von Tagen nur noch das organische, aus einer eiweissartigen Substanz bestehende Gerüst nachbleibt; sobald das Urotropin ausgeschieden ist, verliert der Harn die harnsäurelösende Eigenschaft. Von unangenehmen Nebenwirkungen giebt Verf. an, dass einzelne Patienten, die das Mittel in grösseren Dosen eine Zeit lang genommen hatten, über ein Gefühl von Brennen in der Blasengegend klagen, zuweilen stellt sich vermehrter Harndrang ein. Bei Tagesdosen unter 2,0 hat indess Verf. auch nach längerem Gebrauch nie diese Nebenwirkungen beobachtet, desshalb hat er sich in letzter Zeit bei seinen therapeutischen Versuchen auf 1,0—1,5 pro die beschränkt (die Gaben wurden des Morgens, in Wasser gelöst, auf einmal genommen). Die mit diesen Dosen bei Patienten angestellten Versuche haben recht günstige Resultate ergeben. Die Versuche des Verf. haben ferner gezeigt, dass das Urotropin die ammoniakalische Harngährung in der Blase hintanhalten kann und dass diese Wirkung schon bei kleinen Tagesdosen — 0,5—1,5 eintritt. In 2 Fällen von Cystitis mit ammoniakalischer Gährung erwies sich das Mittel von eclatantem Nutzen.

Abelmann.

v. Ranke (München). Zur Diagnose des chronischen hydrocephalus in dessen Anfangsstadien, bei noch nicht vorhandener Vergrösserung des Schädels. Verhandlungen der 11. Vers. der Gesellsch. für Kindheilkunde.

Die Diagnose des chronischen Wasserkopfes im frühen Kindesalter bietet nur dann Schwierigkeit, wenn die Vergrösserung des Kopfumfanges noch fehlt, die äussere Configuration des Kopfes noch keine wesentliche Abweichung von der Norm erkennen lässt. v. R. macht nun an der Hand zweier Fälle darauf aufmerksam, dass in diesen Anfangsstadien ein allmählig zunehmender spastischer Zustand der Muskulatur sämmtlicher Extremitäten für die Diagnose zu verwerthen ist. Als Beispiel führen wir hier einen Fall an: 3 Monate altes Kind, in mittlerem Ernährungszustande. Kopf nicht vergrössert, Fontanelle dem Alter entsprechend. Andauernde

Krämpfe, die nur geringe Pausen zwischen sich lassen. Untere Extremitäten tetanisch gestreckt, Pes-equinusstellung und Adduction der Oberschenkel bei der Streckung; Arme im Schulter- und Ellenbogengelenk gebeugt, ebenso Hände. Finger meist gestreckt und gespreizt. Ausser den Anfällen zeigen die Muskeln der Extremitäten eine Spannung. Patellarreflexe erhöht. Während der Krämpfe laryngospastische Symptome. Die Section ergab: Hydrocephalus externus und internus. Differential-diagnostisch kommt die spastische Gliederstarre in Betracht. Diese beschränkt sich in der Regel nur auf die unteren Extremitäten; tritt erst spät auf, gewöhnlich erst, wenn die Kinder gehen lernen sollen, während die durch hydrocephalische Ergüsse bedingte Muskelstarre meist viel früher beginnt. Die Unterscheidung von Tetanie bietet weniger Schwierigkeit, weil die Symptome binnen einiger Wochen schwinden und nie Tendenz zu fortschreitender Verschlimmerung zeigen, ausserdem findet man bei der Tetanie das bekannte Trousseau'sche oder das Facialisphaenomen.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Rudolf Kobert. Lehrbuch der Pharmakotherapie. (Stuttgart. Verl. v. Ferd. Enke. 1895. (Bibliothek des Arztes).

Nachdem im Jahre 1893 Kobert's Lehrbuch der Intoxicationen (Verl. v. F. Enke) erschienen ist, liegt uns nunmehr ein neues, werthvolles Erzeugniss der unermüdlichen Feder unseres Dorpater Pharmakologen vor. Zwar ist für's Erste nur die erste Lieferung der Kobert'schen Pharmakotherapie im Umfang von 160 Seiten erschienen, und eine eingehende Besprechung des gross angelegten Werkes dürfte erst möglich sein, wenn dasselbe vollendet ist, — immerhin glauben wir auch schon jetzt die Aufmerksamkeit unserer Leser auf das Buch lenken zu sollen.

Vielen Dank verdient der Verfasser für die einleitenden Kapitel, die der Lehre von den eigentlichen Mitteln vorangeschickt sind.

«Kein verderblicherer Irrtum kann dem jungen Mediciner beigebracht werden, als der, dass «sanare» und «curare» gleichbedeutende Begriffe seien. Natura sanat, medicus curat; «die Natur heilt, der Arzt behandelt nur.» Mit diesen goldenen Worten, die im Munde eines nichts weniger als nihilistischen oder pessimistischen Pharmakotherapeuten erst recht an Bedeutung gewinnen, leitet der Verf. das ganze Werk ein, und so beschäftigt sich denn auch das erste Kapitel mit einer für den Naturforscher wie für den Arzt gleich lehrreichen und interessanten Untersuchung über den Unterschied zwischen Heilung und Behandlung. Wir sehen, dass trotz aller Aufklärung, die unser naturwissenschaftliches Denken in den letzten Jahrzehnten erfahren hat, wir doch noch nicht im Stande sind, die dem lebendigen Organismus innewohnenden, der Krankheit entgegengerichteten «Heilungsbestrebungen der Natur» durch einen realistischen, weniger teleologisch gefärbten Begriff zu ersetzen.

Im zweiten Kapitel werden die verschiedenen Arten der Behandlung, die suggestiven, die diätetischen, die physikalisch-mechanischen und die arzneilichen einer kurzen Besprechung unterzogen. Verf. sucht hier allen oder doch den einigermassen namhaften Methoden und Kurarten, die im Laufe der Zeiten aufgetaucht und zum grossen Theil wieder untergegangen sind, gerecht zu werden. Gern hätten wir diesem Kapitel, in welchem nicht nur die ephemären, manchmal mehr auf Schwindel und die Bereicherung des Erfinders als auf den Nutzen des Kranken gerichteten «Mode-Kuren» (z. B. die «Sitzreibebindemethode» und die «Anthropintherapie») ihre verdiente Abfertigung finden, sondern auch ernsthafte Behandlungsmethoden (wie die Hydro-, Electro- und Klimatotherapie) kurz gewürdigt werden, eine grössere Ausdehnung gewünscht, denn es handelt sich hier um Dinge, die sich kaum mit wenig Worten erledigen lassen. Auch die Homöopathie findet hier ihre Erledigung. Die vorliegende Darstellung der homöopathischen Lehren und der Aenderungen, die sie seit Hahnemann erlitten, liefert den Beweis, dass Kobert mit voller Sachkenntniss urtheilt. Die bekannte Klage der Homöopathen, dass sie von den Vertretern der wissenschaftlichen Medicin ungehört verurtheilt werden, findet auf Kobert nicht Anwendung. Wie die Dinge heute liegen, kommt wol jeder praktische Arzt das eine oder das andere Mal in die unangenehme Lage, am Krankenbett oder coram publico seinen Strauss mit den Homöopathen ausfechten zu müssen. Hierzu giebt Kobert's objectives Referat ihm die Waffen in die Hand. Es hätte uns um der practischen Wichtigkeit der Sache willen gefreut, wenn Kobert sich vielleicht noch etwas tiefer in die Polemik eingelassen hätte, so undankbar die Aufgabe an sich sein mag. Die wissenschaftlich begründete, experimentell und durch klinische Beobachtung gesicherte Pharmakotherapie ist die geborene Feindin der Homöopathie, sie braucht die Polemik nicht zu scheuen. Aber freilich muss zugegeben werden, dass hierbei die Grenzen, die einem Lehrbuch der Pharmakotherapie naturgemäss gesteckt sind, leicht überschritten worden wären.

Im dritten Kapitel giebt der Verf. die Begriffsbestimmung und einen Abriss der Geschichte der Pharmakotherapie. Dieser Ausdruck ist bekanntlich von Kobert zuerst in die medicinische Nomenklatur eingeführt worden. Während die Pharmakologie eine allgemein naturwissenschaftliche Disciplin ist, «untersucht die Pharmakotherapie das chemische Verhalten und die physiologischen Wirkungen der pharmakologischen Arzneien, insofern als sie verwendet werden können, die Gesundheit oder das relative Wohlbefinden des Menschen zu bewahren oder wiederherzustellen.» Dadurch kennzeichnet sie sich als ein speciell medicinisches Lehrfach, ohne das eine ärztliche Ausbildung undenkbar ist.

Hiermit kommt der Verf. auf sein eigentliches Thema. Der allgemeine Theil des Lehrbuches bespricht die Methoden der Pharmakotherapie, das Apothekenwesen, die Eintheilung der Arzneimittel etc.

Auf pag. 89 beginnt der specielle Theil. In der vorliegenden ersten Lieferung des Werkes werden die mechanisch wirkenden Mittel, die Vehikel, die Corrigentia und Cosmetica, die Nutrientia und diätetischen Mittel besprochen. Ohne den schweren Ballast vieler Citate kommt die umfassende Gelehrsamkeit und Literaturkenntniss sowie die sichere Beherrschung des Stoffes, die der Verf. sich im Laufe seiner vieljährigen Thätigkeit als Lehrer und Forscher erworben hat, überall zur vollen Geltung.

Wir sehen mit Spannung der Fortsetzung des Buches entgegen, das sich gewiss bald im Bücherschatz der praktischen Aerzte einen sicheren Platz erobern wird. D—o.

Prof. E. Lang. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis I. Abtheilung. 2. umgearbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann. pag. 1—512.

In der Vorrede zur ersten Auflage verzichtet der Verf. auf eine obligate Motivirung des Erscheinens dieses Buches, indem er meinte keinerlei Begründung wäre im Stande die Lebensfähigkeit einer unreifen literärischen Frucht darzuthun, deshalb begnügte er sich damit, kurz seinen Standpunkt zur Syphilisfrage darzulegen.

Nun, innerhalb der letzten Jahre ist genügend durch die allgemeine Anerkennung dieses ausgezeichneten Buches bewiesen, dass in der That jede Einführung desselben unnöthig gewesen. Wohl jeder College, der Gelegenheit gehabt das Buch kennen zu lernen, hat es lieb gewonnen, wegen der kurzen aber prägnanten und klaren Darstellungsart des Verf. und längst erwarteten wir mit Spannung die neue Auflage dieses auch ins Russische übersetzten vorzüglichen Handbuches.

Verf. hat sich entschlossen, dasselbe bedeutend zu erweitern, allen neuen Forschungen Rechnung tragend. Gleichzeitig ist eine sehr dankenswerthe Zugabe, wohl Dank der steten Bereitwilligkeit seitens des bekannten medicinischen Verlegers Bergmann, hinzugekommen, nämlich die Illustrirung durch ganz vorzügliche Abbildungen im Text (in der I. Abtheilung bereits nicht weniger als 84!)

Wir können auch diese 2. Auflage allen denjenigen Collegen, die richtige und den neuesten Forschungen entsprechenden Anschauungen über die Syphilis sich erwerben wollen, auf's Wärmste empfehlen. Das Buch ist in jeder Beziehung ein gediegenes Werk und vorzüglich ausgestattet. Hoffentlich erscheint bald die 2. Abtheilung. O. Petersen.

A. Cramer: Beiträge zur feineren Anatomie der Medulla oblongata u. der Brücke mit besonderer Berücksichtigung des 3.—12. Hirnnerven. Mit 45 Abbildungen im Texte. Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1894. 98 Seiten.

Pons u. medulla obl. bergen auf kleinem Raume dicht zusammengedrängt eine grosse Menge physiologisch wichtiger Centren und Bahnen in sich, über deren Verbindungen und Verlauf trotz aller vervollkommneten Untersuchungsmethoden noch viele ungelöste Fragen ihrer Entscheidung harren. Eine erneute Durchforschung und die Vergleichung ihrer Ergebnisse mit denen andrer Autoren der letzten Zeit (Kölliker, Edinger, Obersteiner, Bechterew u. A.) ist daher geboten und verdienstvoll.

Als Material dienten medulla u. pons von 2 menschlichen Föten (7- u. 8 monatlichen), der Hirnstamm eines 3-monatlichen Kindes, 15 medullae von erwachsenen Menschen. Die Serien- und Stufenschnitte wurden fast alle nach Weigert-Pal behandelt. Ein grosser Vorzug ist es, dass die Zeichnungen mit dem Abbé'schen Zeichenapparat angefertigt, indem Cr. mit der Zeichenfeder und Tusche den einzelnen Fasern nachfuhr, genau das im Mikroskope Gesehene wiedergeben.

Allerdings bringt Cr. mit seinen Beobachtungen meist nur eine Bestätigung der schon von früheren Untersuchern gemachten Angaben, gelangt aber ausserdem zu neuen Resultaten, welche bisher dunkle Puncte aufzuhellen oder schwebende Differenzen zu entscheiden geeignet sind. Durch Schemata auf Grund seiner Befunde im Zusammenhalt mit denen anderer Forscher versucht Cr. uns das Verständniss des complicirten Baues dieser Region zu erleichtern. Michelson.

Christfried Jacob: Atlas des gesunden und kranken Nervensystems nebst Grundriss der Anatomie, Pathologie und Therapie desselben. München, 1895. Verlag von J. F. Lehmann. Preis 10 Mark.

Dieser 9. Band der Lehmann'schen medicinischen Handatlanten ist die Frucht der mehrjährigen Assistententhätigkeit des Verf. an der Erlanger medicinischen Klinik. Er giebt in hauptsächlich bildlicher Darstellung eine klare Uebersicht des gegenwärtigen Standes der gesammten Neurologie. Die den Abbildungen gegenüberstehenden Erläuterungen heben nur das Wesentliche hervor, das Detail dem nutzbringenderen Selbststudium überlassend. Die Bilder sind nicht schematisirt. Die Wiedergabe von Originalphotographien und -zeichnungen der ungefärbten wie gefärbten Präparate, die bis auf wenige Ausnahmen der Sammlung des Verf. angehören, durch Lithographie und Holzschnitt ist ausserordentlich gelungen; nur die Bilder nach Nissl's Methode gewonnener Präparate sind nicht ganz gut gerathen.

Der Inhalt des Werkes gliedert sich folgendermassen: Morphologie des Centralnervensystems (10 Tafeln im Atlas und 19 Seiten Text im Abriss); Entwickelung, Bau und topographische Anatomie des Nervensystems (38 Tafeln und 13 Textseiten); Faserverlaufslehre (4 Tafeln und 34 Textseiten); allgemeine und specielle Pathologie und Therapie des Nervensystems (123 Seiten Text und 16 Tafeln über specielle Pathologie des Gehirns, 8 Tafeln über die des Rückenmarks, 2 Tafeln über die der peripheren Nerven); Bemerkungen zum Sektionsverfahren und zur Ausführung der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems, deren Beobachtung erst die Erlangung einwandsfreier Präparate gewährleistet.

Die Ausstattung des äusserst handlichen Buches ist eine vorzügliche. Es wird dem Arzte eine schnelle Orientirung auf diesem schwierigen Gebiete vermitteln, namentlich aber dem Studierenden als Repetitorium grosse Dienste leisten. Der Wunsch Prof. Strümpell's, welcher das Werk seines ehemaligen Assistenten mit einem Vorwort begleitet und grade seinen didaktischen Nutzen betont, dass ihm der verdiente Erfolg nicht fehlen möge, wird sicher in Erfüllung gehen.

Michelson.

Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte unter Mitwirkung von Prof. Alois Dalla Rosa herausgegeben von Prof. Carl Toldt. I. Lieferung. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

Bei dem grossen Reichthum an guten anatomischen Bilderwerken, dessen sich die medicinische Literatur erfreut, ist es kein geringes Wagniss, einen neuen anatomischen Atlas herauszugeben. Den Muth zu einem solchen Unternehmen können Herausgeber und Verleger wohl nur aus der Ueberzeugung schöpfen, dass sie etwas ganz Besonderes bieten können. Wenn die übrigen Lieferungen des Toldt'schen Werkes auf demselben wissenschaftlichen und künstlerischen Niveau stehen, wie die uns vorliegende erste, dann wird man allerdings sagen können, dass es die anatomische Literatur nicht nur vermehrt, sondern in äusserst werthvoller Weise bereichert. Drei Dinge sind es, die dem Toldt'schen Atlas eigenthümlich sind und ihm wesentliche Vorzüge vor anderen ähnlichen Werken verleihen: erstens und vor Allem die technische und künstlerische Vollendung der Holzschnitte, die an Klarheit und Schönheit kaum übertroffen werden können, zweitens die ausführliche bildliche Darstellung der Entwickelungsgeschichte (in der vorliegenden Lieferung z. B. jedes Knochens) und drittens die Anwendung der von der anatomischen Gesellschaft in diesem Jahr in Basel vereinbarten Nomenclatur. Das sind so wesentliche Vorzüge, dass wir dem Toldt'schen Atlas mit Sicherheit eine sehr weite Verbreitung prophezeien können. Die Verlagshandlung hat ihre Präcision schon so oft bewährt, dass man wohl auf das Versprechen, das Werk werde in 2 Jahren complet vorliegen, bauen kann — in angenehmem Gegensatz zu anderen in Lieferungen erscheinenden Werken, deren Ende oft genug nicht abzuwarten ist. Mit Vergnügen sehen wir den weiteren Lieferungen des anatomischen Atlas entgegen. W.

O. Liebreich und A. Langgaard. Compendium der Arzneiverordnung. Vierte, vollständig umgearbeitete Auflage. Berlin. Fischer's Medicinische Buchhandlung. H. Kornfeld. 1896. 762 pag.

Das soeben bereits in der vierten Auflage erschienene Compendium besitzt für den Practiker einen nicht unbedeutenden Werth, indem es ihm die Möglichkeit giebt, sich leicht und schnell über die einzelnen Arzneimittel, ihre Wirkungen, ihre practische Verwendung orientiren zu können. Die Pharmaka sind alphabetisch geordnet. Der gebräuchlichste Namen war für die Reihenfolge bestimmend, jedoch sind demselben auch alle vorhandenen Synonima beigefügt. Bei jedem einzelnen Mittel ist anfangs eine kurze Beschreibung der Abstammung, Zusammensetzung, Darstellung, der Eigenschaften und der event. Bestandtheile vorhanden. Dann folgt eine Besprechung der Wirkung und der Anwendung, und nach Nennung der Dosis und der Präparate sind den meisten Mitteln die gebräuchlichsten Receptformeln beigefügt, im Ganzen weit über 1500 an Zahl. Was die Handhabung dieses Buches so äusserst bequem macht, ist das ausführliche Sachregister und namentlich das demselben folgende Krankheitsregister, nach welchem man ohne Schwierigkeit die bei den einzelnen Krankheiten gebräuchlichen und empfohlenen Mittel auffinden kann.

Hecker.

Dr. E. Leyden (Professor) und Dr. Emil Pfeiffer: Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. XIII. Congress. Mit 36 Abbildungen im Texte und 7 Tafeln. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1895.

Wohl viele Collegen erwarten mit grosser Spannung jedes Jahr das Erscheinen der Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, weil dieselben eine Fülle von Arbeiten auf verschiedenen Gebieten der internen Medicin bringen, — Arbeiten, in denen der Leser über verschiedene brennende Tagesfragen Aufklärung und Belehrung erhält, zumal die sich den Vorträgen anschliessende Discussion die abweichenden Ansichten bewährter und erfahrener Aerzte erkennen und würdigen lässt. Auch das vorliegende Werk ist reich an sorgfältigen Arbeiten und Referaten. Wir erwähnen hier nur beispielsweise das Heubner'sche Referat «Ueber die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie»; das in Zusammenhang mit der über diesen Vortrag geführten Discussion ein vollständiges Bild über den gegenwärtigen Stand dieser im Vordergrund des Interesses stehenden Frage giebt. Das zweite Referat und Correferat (Professor G. Bunge und Prof. H. Quincke) «Ueber die Eisentherapie» giebt eine Uebersicht der neueren Anschauungen über das physiologische und therapeutische Verhalten des Eisens. Die ganze sogenannte Eisenfrage findet der Leser hier in klaren Zügen zusammengestellt und beleuchtet. In der Discussion über dieses Thema finden sich recht lesenswerthe Abhandlungen, z. B. über die Wirkung natürlicher Eisenwässer, über die Behandlung der Chlorose (Nothnagel und v. Ziemssen). Nicht weniger vollständig ist das Referat über die Pathologie und Therapie der Typhlitiden (Professor Sahli u. Professor Helferich). Den Referaten folgen zahlreiche Vorträge und Demonstrationen, die wir hier nicht näher anführen wollen; doch auf das Wärmste zum Studium empfehlen. Die Ausstattung des Werkes lässt Nichts zu wünschen übrig.

Abelmann.

Zweifel. Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. (Stuttgart. Verl. v. Enke, 1895.)

Auch in vorliegender neuen Auflage seines Lehrbuches hat Verf. besonderes Gewicht auf den praktisch-wichtigsten Theil der Geburtshilfe — die Desinfectionslehre — gelegt und dieselbe als selbstständiges Kapitel an die Spitze gestellt. In dankenswerther Weise ist Verf. überall bestrebt gewesen, die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Geburtshilfe auch in seinem Lehrbuche zum Ausdruck zu bringen. Manche Kapitel sind in Folge dessen einer fast vollständig neuen Bearbeitung unterworfen worden, so z. B. die Abschnitte: «Allgemeine Prophylaxis oder specielle Hygiene in der Geburtshilfe», Symphyseotomie, Behandlung der Eclampsie, Decapitation etc. Es würde uns zu weit führen, wollten wir ausführlicher auf die Besprechung des gediegenen Werkes eingehen; nur einige «Tagesfragen» betreffend, sei es uns gestattet, die Ansichten Z.'s zu referiren.

Bei Leitung der Geburt werden keine Scheidenirrigationen gemacht; nur in Fällen, wo zu Operationen in den Uterus eingegangen werden musste, oder wo Fäulnissgase sich entwickelt hatten, wird die Gebärmutter mit mehreren Litern reinen d. h. abgekochten Wassers ausgespült.

Hat man sich in der Nachgeburtsperiode davon überzeugt, dass die Placenta schon gelöst ist, so werden mit beiden ausgebreiteten Händen die schlaffen Bauchdecken oberhalb des Gebärmuttergrundes festgehalten und die Frau zum Pressen aufgefordert. Diese «harmlose» Hilfe fördert meist die Placenta zu Tage; wenn nicht, so wird frühestens nach Ablauf von 15—20 Min. der Crede'sche Handgriff ausgeführt.

Bei der Behandlung der Eclampsie bekennt sich Z. als Anhänger der aktiven Methode. Nur verwirft er gänzlich die

Scheidendammeinschnitte und empfiehlt durch Tarnier'sche Blasen- resp. Colpeurynter den M. M. oder Cervicalkanal zu dehnen; nur im äussersten Fall 3—4 tiefe Cervixincisionen bis zum Scheidengewölbe zu machen. Dauern die Anfälle nach Vollendung der Geburt fort, so ist Z. dringend für den Aderlass.

Bei Fieber im Wochenbett, welches nicht durch belegte Risse, zurückgebliebene Blutgerinnsel etc. erklärt werden kann, soll eine reinigende Ausspülung mit Zuhilfenahme eines Speculum vorgenommen werden. Ein Erfolg von diesem Verfahren ist nur zu erwarten, wenn die Uterusausspülung ganz am Anfang der Erkrankung gemacht wird.

Während Verf. noch in der letzten Auflage seines Lehrbuches über die Symphyseotomie ein ungünstiges Urtheil fällte, spricht er sich jetzt für dieselbe aus. Als Schnitt empfiehlt er einen Querschnitt quer über die Mitte der Symphyse. Nach der Entbindung Vereinigung der Schambeine durch Catgut- oder Silberdrathnaht.

Die angeführten Beispiele dürften genügen, um zu zeigen, wie sorgfältig Verf. bei der Umarbeitung seines Lehrbuches vorgegangen ist und kann daher auch diese «vierte, vielfach umgearbeitete Auflage» dem ärztlichen Publicum bestens empfohlen werden. Die Ausstattung des Buches lässt, wie wir es bei dem Verlage stets rühmend hervorzuheben Gelegenheit hatten, nichts zu wünschen übrig.

Dobbert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

596. Sitzung am 14. November 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Horn demonstrirt an einem Modell das Zustandekommen der Krümmungen bei Scoliose entsprechend der von ihm verfochtenen Anschauung.

Herr Anders protestirt dagegen, dass Herr Horn einen Stahlstab der lebenden Wirbelsäule in Bezug auf's Zustandekommen von Krümmungen gleichstellt.

2. Herr Högerstedt spricht über die krankhafte Verengerung und Verschliessung der vom Aortenbogen abgehenden grossen Arterien. Der Vortrag wird in der Zeitschr. f. klin. Med. veröffentlicht.

Herr Westphalen weist auf eine neuere Arbeit von Doehle im Archiv f. klinische Medicin Bd. 55 hin, deren Autor eine besondere Erkrankung der Aorta ascendens bei Syphilitikern beschreibt, die sich von der gewöhnlichen Arteriosklerose unterscheidet. Bei dieser syphilitischen Gefässerkrankung kommt es zu einer gleichmässigen Veränderung der Intima, welche uneben wird, ohne Geschwürsbildung aufzuweisen. Es handelt sich um eine primäre Mesarteriitis mit kleinzelliger Infiltration in der Media und nachfolgender Narbenbildung, wodurch Einziehungen der Intima entstehen. Westphalen kann das Vorkommen dieser Gefässveränderungen bei Syphilitikern bestätigen. Diese Mesarteriitis ist imstande, die Entstehung von Aneurysmen zu erklären. Letztere sollen nach Hampeln stets mit vorausgegangener Syphilis im Zusammenhang stehen.

Herr Tiling stimmt mit dem Vortragenden darin nicht überein, dass die Endarteritis obliterans zu streichen sei. Aus den Friedländer'schen wie auch Winiwarter'schen Untersuchungen geht hervor, dass die Endarteriitis wohl imstande ist, einen Gefässverschluss zu liefern ohne Thrombose. Auch die Bilder von Wolkowitsch sprechen dafür. Nach Orth ist die Endarteriitis obliterans und Atheromatose derselbe Process. Das Auftreten des einen oder anderen Processes hängt nur vom Alter des Trägers ab, wobei die Aetiologie dunkel bleibt. Ist der Träger alt, so treten degenerative Processe auf, die zu Geschwürsbildung und atheromatösen Processen führen, welche den Boden zur Thrombose und Embolie bilden können. Ist der Träger jung, so prävalirt die Erkrankung der Intima, der vielleicht ein Process in der Muscularis vorausgeht. Diese Anschauung erscheint sehr plausibel. Für dieselbe spricht auch der Umstand, dass man bei Verstopfung des Gefässes durch Endarteriitis obliterans eine ebensolche Wucherung der Intima der Vasa vasorum sieht. Der Gefässverschluss kann also durch Intimawucherungen zustande kommen ohne Thrombose, die zu Thrombenbildung führen. Das von Zöge als neu beschriebene Krankheitsbild des angiosclerotischen Rheumatismus ist den Praktikern schon lange bekannt und hat Eichwald schon vor 10 Jahren diesen Pseudorheumatismus auf Endarteriitis bezogen, wobei er auf die Empfindlichkeit der Gefässstämme bei der Palpation hinwies. Solche Schmerzen lassen sich auch noch durch die entzündliche Infiltration erklären, durch welche Arterie Vene und Nerv in einen Cylinder verbacken sind. Den Chirurgen ist es längst bekannt, dass sich in solchen Fällen die Gefässe nicht isoliren lassen (Gangränoperationen). Die rheumatischen Schmerzen erklären sich in solchen Fällen durch Druck auf den Nerven. Die von Zoege verworfene Massage könnte vielleicht doch im Beginn der Krankheit ihren Platz haben bei leichtem Blauwerden der Extremitäten, schlechtem Pulse und kalten Extremitäten.

Herr Högerstedt: Nach den Untersuchungen von Weiss handelt es sich bei der früheren Endarteritis obliterans um Sclerose, bei der der Gefässverschluss durch Thrombenbildung zustande kommt. Es sind das 2 Processe, die nicht das Bild der Intimawucherung geben. Das Befallensein der Vasa vasorum spricht ebenso für Sclerose, da letztere ein Process ist, der in gleicher Weise Muttergefässe und ernährende Gefässe betrifft. Das von Zoege gezeichnete Krankheitsbild ist von diesem in seinen Ursachen zuerst erkannt worden. Der angiosclerotische Rheumatismus geht mit Trockenheit der Haut, Verfärbung derselben bis ins tiefrothe, begrenztem Oedem an ungewöhnlichen Stellen und Schmerzen einher. Die Beobachtungen betrafen 34—46jährige Patienten.

Herr Westphalen. Das Vorkommen der Friedländer'schen Endarteritis obliterans kann anatomisch nicht in Abrede gestellt werden. Durch diese Endarteritis kommt es beispielsweise zum Verschluss der Gefässe nach Amputationen. Falls die Gefässe mit dem Nerven zu einem Strang verbacken sind, so ist dies ein secundärer Process (Perivasculitis) als Folge der Thrombose des Gefässes, Stauung in den Vasa vasorum, und Oedem- und Bindegewebsneubildung.

Herr Tiling. Zum Zustandekommen der Gangrän ist eine Thrombosirung nicht nothwendig, sie kann zum Schluss eintreten, doch muss nach derselben häufig mühsam gesucht werden. Die Intimawucherung ist jedenfalls das Wesentliche.

Herr Blessig. Dafür, dass Verschluss des Gefässes ohne Thrombosirung allein durch Wucherung der Intima zustande kommen kann, spricht ein Fall von Raehlmann. (Ueber die anatomische Ursache plotzlicher beiderseitiger Erblindungen. Wissensch. Verhandl. d. Dorp. med. Faknlt. 1889. 28. Sept. St. Pet. Med. Wochenschr. 1889 p. 397). In diesem Falle führte Intimawucherung zur Obliteration der beiden Arteriae centr. retinae und doppelseitiger Erblindung bei einer Pat. mit Schwangerschaftsnephritis. Eine Thrombosirung war nicht vorhanden.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1251. Sitzung.

1. Herr Anders hält einen Vortrag: «Ueber Scoliosis ischiadica.»

Unter Umständen kann bei Ischias die Entstehung einer Scoliose der Lendenwirbelsäule beobachtet werden — Entweder ist dieselbe mit der Convexität gegen die gesunde, von Ischias freie Seite gerichtet — homologe Sc.. oder sie zeigt das entgegengesetzte Verhalten — heterologe Sc.

Eine Erklärung für die Entstehung der Scoliose bei Ischias ist im Allgemeinen sehr schwierig, und dürfte in jedem Einzelfalle streng inviduell zu geben sein. Dementsprechend finden sich auch in der Literatur eine Menge von Erklärungsmöglichkeiten.

Die hauptsächlichsten derselben sind:

Charcot und Babinsky sehen in der Entstehung einer Scoliose bei Ischias das Resultat des Bestrebens das kranke Bein schmerzfrei zu entlasten. Nach Brisson trifft solches zu für die heterologe Sc., die homologe erklärt sich nach ihm durch eine Contraction der langen Rückenmuskeln, speciell der mm. sacrolumbal, quadratus lumb. und psoas. Nicoladoni und nach ihm Kypke und Burkardi verlegen die Erkrankung in die Wirbelsäule, in das Rückenmark und die Cauda equina. Um diesen schmerzhaft erkrankten Theilen mehr Raum zu schaffen, verkrümme sich die Wirbelsäule.

Schüdel und Rocher nehmen an, dass die Rückenmuskulatur der an Ischias erkrankten Seite, durch Fortsetzung der Ischias auf die, die Muskeln versorgenden Nerven (von Schüdel ist eine Anastomose des Plex. sacralis mit dem Plex. lumbalis im M. sacrolumbal. entdeckt worden), functionsuntüchtig wird, infolgedessen die entsprechende Muskulatur der anderen Seite das Uebergewicht erhält, die Wirbelsäule krümmt und so eine heterologe Sc. bewirkt.

Fischer, Schönwald haben diese letztere Ansicht erweitert. Sie glauben auch, dass einzelne der Lumbalnerven sich stets an der Erkrankung der Nerven im Plexus sacralis betheiligen. Erkranken speciell die hinteren Aeste der Lendennerven, welche den m. sacrolumbalis versorgen, so tritt hier eine Parese dieses Muskels ein, und es entsteht eine heterologe Sc. durch Ueberwiegen der Function des entsprechenden Paarlings. Erkranken jedoch die nach vorne hinziehenden

Lendennerven, der ileo-hypogastricus, ileo-lumbalis, genitocruralis, so sucht der Patient durch Annähern des Rippenbogens an den Darmbeinkamm die schmerzhaften Nerven vor Druck zu schützen. — In diesem Fall muss das Resultat eine homologe Sc. sein.

Die Theorie Fischer's und Schönwald's hat durch Mann eine weitere Modification erfahren. Derselbe nimmt bei Fällen von homologer Sc. ein beiderseitiges Erkranktsein der Muskulatur des Plexus lumbalis an und ein Ueberwiegen der Parese des der neuralgischen Seite entgegengesetzten m. sacrolumbalis.

Was nun den Krankheitsfall selbst anbetrifft, den Vortr. zu beobachten Gelegenheit hatte, so handelt es sich um einen 48jährigen Herrn. Derselbe leidet seit 7 Monaten an einer starken, namentlich des Nachts exacerbirenden, in das Kreuz, das Gesäss und die Leistenbeugen ausstrahlenden linksseitigen Ischias. Daneben besteht eine angeblich nur wenige Monate nach dem Beginne der Erkrankung aufgetretene Scoliose der Lendenwirbelsäule. Dieselbe zeigt eine ausgesprochene Convexität nach rechts, also nach der gesunden Seite und eine mässige compensatorische Scoliose der Brustwirbelsäule gegen die entgegengesetzte, also kranke Seite. Der Oberkörper ist nach vorne und links gebeugt, das kranke linke Bein in der Hüfte flectirt, der linke Fuss nur mit der Spitze den Fussboden berührend. Tritt Pat. mit voller Sohle auf, so ist solches nur möglich bei sehr starker Neigung des Körpers nach links. Die Rückenmuskulatur links nicht contrahirt, eher im Zustand willkürlicher Spannung.

Diagnose: homologe Scoliosis ischiadica.

In Schede's Scoliosenapparat, bei gleichzeitiger Suspension und Pelottendruck seitlich hinten auf den linken m. sacrolumbalis, glich sich die Scoliose vollständig aus und war Pat. im Stande mit beiden Fusssohlen aufzutreten — ein Beweis dafür, dass die Scoliose noch nicht habituell geworden war. Kaum wurde jedoch Pat. aus dem Apparat entfernt, so trat fast momentan die vorbeschriebene Scoliosenstellung wieder ein.

Hinsichtlich der Erklärung für das Zustandekommen der Scoliose des vorstehenden Falles, glaubt Vortr., dass es sich hier nur um 2 Möglichkeiten handeln könne:

1) um einen spastischen Zustand der Rückenmuskulatur links, beruhend auf neuropathologischer Grundlage,

oder 2) um ein beiderseitiges Erkranktsein der Muskeläste des Plexus lumbalis (Mann's Modification der Theorie Fischer und Schönwald's), links der vorderen Aeste (des ileohypogastr., ileolumbal., genitocrural.), rechts der hinteren Aeste, besonders der den m. sacrolumbal. versorgenden Nervenzweige. Dafür spricht die topographische Verbreitung der Schmerzen links, und eine leichte Parese des M. sacrolumbal, rechts.

Von beiden erwähnten Möglichkeiten dürfte nach Ansicht des Vortr., die zweite Erklärung die grössere Wahrscheinlichkeit für sich haben.

Zur Therapie übergehend, meint Vortr., dieselbe hätte sowohl das Symptom, die Scoliose als auch das Grundleiden, die Ischias, zu berücksichtigen. In seinem Falle wurde eine bedeutende Besserung erzielt, durch das Tragen eines corrigirenden Apparates, Electrisation; Massage, pointes de feu, Bäder, später eine Kur in Aix les bains.

Discussion.

Herr Moritz wendet sich gegen die Auffassung einer Einheitlichkeit der Scoliosis ischiadica. Er ist der Ansicht, dass alle genannten Erklärungen des Zustandekommens der Scoliose bei Ischias ziemlich zwecklos seien, ebenso wie auch die Aufstellung des Sonderbegriffs «Scoliosis ischiadica.» Je nach der regionären Ausbreitung der Schmerzen bei der Ischias, dürfte die aus dem Schonungsbedürfnisse für die erkrankte Extremität resultirende Körperstellung eine verschiedene und streng individuelle sein. Infolgedessen sei es auch überflüssig, scharfe Typen, also auch den Typus «Scoliosis ischiadica» als mehr oder weniger abgesondertes Krankheitsbild hinzustellen.

Herr Masing glaubt die Beobachtung gemacht zu haben, dass die reine uncomplicirte Ischias nur selten Scoliose bewirkt, dass letztere auf eine Mitbetheiligung der Ischias mit anderen Neuritiden, hinweist. Da im N. ischiadicus auch trophische Fasern verlaufen, so wäre es nicht unmöglich, dass eine Scoliose bei Ischias durch trophische Myopathien — nicht etwa Inactivitätsatrophien — erklärt werden könnte. Derartige Muskelatrophien wären aber bei Ischias keine Seltenheit.

Herr Kernig bestätigt letztere Thatsache und macht besonders auf die Atrophie der Glutaealmuskulatur und des Flexorengebietes des Oberschenkels bei der Ischias aufmerksam.

Herr Tiling. Als eine weitere Erklärung für die homologe Scoliose kann darauf hingewiesen werden, dass eine Entlastung und Entspannung des N. ischiadicus stattfindet, durch eine Rotation des Körpers nach der gesunden Seite, wodurch eine homologe Scoliose entstehen muss. Die Ansicht, welche die Scoliosis ischiadica durch eine Affection der Muskelnerven — speciell im M. sacrolumbal, erklärt, — hat eine Wahrscheinlichkeit gegen sich in dem Umstande, dass bei der Ischias keinerlei Erkrankung anderweitiger Muskeläste beobachtet wird, sowie ferner auch darin, dass eine homologe Scoliose oft momentan in eine heterologe übergehen kann. Ausserdem passt die Erklärung nur auf diejenigen Ischiasfälle, welche als Neuritiden anzusprechen sind, sie versagt, wo es sich um blosse Neuralgien handelt.

Herr Anders verwahrt sich ausdrücklich dagegen, dass er die Scoliosis ischiadica als selbständige Krankheit hingestellt habe, er sieht in derselben nur ein Symptom der Ischias, allerdings ein sehr characterisches, welchem ein scharf begränztes Krankheitsbild entspricht. Für die Erklärung der Scoliose bei der Ischias käme man seiner Ansicht nach nicht ohne die Annahme einer Miterkrankung der Nerven des Plex. sacralis und derjenigen des Plex. lumbalis, aus. Solches sei nicht unwahrscheinlich, da wir einerseits alle Ischiasfälle als Neuritiden kennen gelernt haben, andererseits auch der anatomische Zusammenhang beider Plexus durch Schüdel, in einer Nervenanastomose im M. sacrolumbalis erwiesen ist.

Allerdings erkläre die Theorie Mann's nicht sämmtliche Fälle, jedoch sicherlich die meisten. Schliesslich müsse jeder Einzelfall für sich individuell beurtheilt werden, da es leider zur Stunde keine, sämmtliche Fälle umfassende Erklärung gäbe. — Die von Herrn Masing berührte Hypothese, es könnten bei der Scoliosis ischiadica möglicherweise trophische Nerven eine Rolle spielen, erklärt nur die heterologe Sc., lässt jedoch die homologe unerklärt.

2. Herr Kernig und Herr Metzler machen darauf aufmerksam, dass in den ihnen unterstehenden Hospitälern in den letzten Wochen eine auffallende Häufung der Erkrankungen an Influenza und Typhus abdominal. sich bemerkbar mache. Auch kämen recht viele Fälle von Febr. recurrens zur Aufnahme, mit constantem Vorkommen von Spirillen im Blute. Es habe den Anschein, als sei die Krankheit aus dem Gouvernement Jaroslaw hierher verschleppt worden.

3. Herr Masing regt die Frage nach der Entstehung und Bedeutung des II. gespaltenen Tones über dem Herzen und den grossen Gefässen an.

Herr Moritz hat Spaltung der Herztöne auch über der Herzspitze gehört, und vindicirt diesem Symptom die Bedeutung eines diastolischen Geräusches.

Director: Dr. Lingen.
Secretair: Dr. Westphalen.

Kleinere Mittheilungn und therapeutische Notizen.

— Edm. Chaumier: Ueber Orphol als Darmantisepticum. Therap. Wochenschrift № 48. 1895.

Verf. hat im Laufe dreier Jahre ein neues Darmantisepticum, das Orphol, Betanaphtolwismuth, angewandt, eine Combination von Wismuth und Betanaphtol, welche jedoch nicht die unangenehmen Eigenschaften des letzteren besitzen soll, nämlich frei ist von dem schlechten Geschmack und stechenden Geruch des Naphtols. Es besteht aus $26\frac{1}{2}\%$ Betanaphtol und $73\frac{1}{2}\%$ Wismuth. Verf. glaubt es auf Grund seiner erzielten Resultate warm empfehlen zu dürfen, da er nämlich stets eine Besserung resp. Heilung der Darmübel nach Anwendung des Orphols constatiren musste. Er verordnete es sowohl bei Kinderdiarrhoen, bei Diarrhoen Erwachsener, bei Durchfällen der Phtisiker und in 2 Fällen von Abdominaltyphus. Das Orphol soll absolut gefahrlos sein und kann einem Kinde von 1 Monat gegeben werden in Tagesdosen von 2—3 g., grösseren Kindern 3—6 g. täglich, Erwachsenen bis zu 10,0. Gereicht wird dieses Mittel in Lösung oder in Pulver, letzteres in Milch, Sirup oder Honig. Nach Sistiren des Durchfalls, was bei genügend grosser Dosis nach 1—2 Tagen eintritt, thut man gut noch etliche Tage dieses Mittel in kleinerer Dosis zu verabfolgen.

R. Trzebicky: Das Jodamylum als Verbandmittel. Therap. Wochenschr. № 49. 1895.

Das von Majewski als antiseptisches Wundmittel empfohlene Jodamylum hat Verf. auf seine therapeutische Brauchbarkeit geprüft, und kommt nach einjähriger Erfahrung zum Resultat, dass man diesem Mittel eine gew. Bedeutung nicht ableugnen kann. Es soll stets möglichst frisch dargestellt angewandt werden — durch Verreiben einer ätherischen Jodlösung mit Stärke entstanden, ist es ein feines violettes geruchloses Pulver. Es ist billig, nach Anwendung desselben sind nachträglich weder irgendwelche Intoxicationserscheinungen beobachtet worden, noch rief es Eczeme hervor. Bei angestellten Versuchen mit Bacterienculturen zeigte es auch eine antiparasitäre Kraft. So glaubt Verf. denn in

manchen Fällen für die Anwendung des Jodamylums sein zu dürfen. Es hat sich auch überall dort bewährt, wo es sich um sichere und rasche Production eines gesunden Granulationsgewebes handelte, also namentlich bei Tamponade grosser nach Excochleation von tuberculösen Knochen und Drüsen entstandener Defecte, bei Tamponade tuberculöser Fisteln, und pflegten auch gangraenöse, jauchende Geschwüre unter dem Jodamylumverbande rasch ein gesundes Aussehen zu erlangen. Dem Jodoform gleichgestellt könne es jedoch nicht werden, zumal dem Jodamylum keine antiseptische Dauerwirkung zukommt; das Jod des Jodamylum ist sehr locker an Stärke gebunden und bildet mit dem Eiweiss der Wundsecrete Jodalbuminate, die sich zersetzen. Es entwickelt sich aus der Wunde ein fader, penetranter übler Geruch. Verf. hat 3% Jodamylum in Pulverform und 50% Jodamylumgaze angewandt.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: der Weisse Adler-Orden — dem Consultanten des Charkowschen Instituts, Prof. Geh.-Rath Dr. Wilh. Grube und dem Director und Oberarzt des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals in St. Petersburg, Geh.-Rath Dr. W. Reitz. — Der St. Wladimir-Orden II. Classe — dem Curator des westsibirischen Lehrbezirks, Geheimrath Dr. med. W. Florinski. — St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Director des hiesigen Hebammen-Instituts, Leibaccoucheur Staatsrath Dr. D. Ott und dem Arzt des Poltawaschen Instituts, Staatsrath Dr. Ed. Meyer.

— Beförderungen: Zum Geheimrath — der Director und Oberaccoucheur der Moskauer Entbindungsanstalt, Ehrenleibaccoucheur Dr. Dobrynin. — Zu wirklichen Staatsräthen — der ältere Arzt des Kinderhospitals des Prinzen von Odenburg, Dr. Adolph Russow; der Oberarzt des hiesigen Armeninstituts zum Andenken an den Grafen Kuschelew-Besborodko, Dr. E. Hoerschelmann und der Oberarzt der St. Petersburger Gefängnisshospitäler Dr. Wilh. Strohm.

— Zweien unserer als Aerzte im Auslande wirkenden Landsleuten, die beide ihre medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten haben, ist die Würde eines Geheimen Medicinalrathes verliehen worden. Es sind das der ausserordentliche Professor der Augenheilkunde an der Berliner Universität Dr. Heinrich Schoeler (geb. zu Fellin) und Hofrath Dr. Hans Reyher (geb. zu Riga) in Dresden, dessen Anstalt für Heilgymnastik einen trefflichen Ruf geniesst. Letzterem ist diese Würde von dem Herzog von Anhalt verliehen worden.

— Am 1. Januar beging der Oberarzt der hiesigen Irrenanstalt Nikolai des Wunderthäters Dr. Tschetschot das 30jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Am 16. Januar feiert der Nestor der russischen Gynäkologen, Geheimrath Leibaccoucheur und Prof. emer. Dr. Krassowski, sein 25jähriges Jubiläum als Oberarzt der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja).

— Der berühmte Berliner Kliniker, Geh.-Rath Prof. Leyden ist von der Gesellschaft der Aerzte in Kiew, — wie es im Diplom lautet: «In Anbetracht Ihrer hervorragenden Verdienste um die Wissenschaft und der unschätzbaren Dienste, die Sie unserem Erlauchten Kaiserhause erwiesen haben» — zum Ehrenmitglied erwählt worden.

— Verstorben: 1) Am 21. December vorigen Jahres zu Kiew der Professor emer. der Staatsarzneikunde und gerichtlichen Medicin an der dortigen Universität, Geheimrath Dr. Ehrhardt im 67. Lebensjahre. Der Dahingeschiedene hat seine ärztliche Thätigkeit bereits im Jahre 1853 begonnen und fungirte seit 1859 als Professor an der genannten Universität. Er galt als eine Autorität in Fragen der gerichtlichen Medicin und hat auch verschiedene Arbeiten auf diesem Gebiet in Fachzeitschriften veröffentlicht. 2) In Smolensk am 10. December v. J. der Oberarzt des dortigen Gouv.-Landschaftshospitals, Dr. Wladimir Rushewski im Alter von 49 Jahren an Morbus Brightii. Der Verstorbene stammte aus dem Gouvernement Ufa und hatte seine medicinischen Studien anfangs an der medico-chirurgischen Academie und dann von 1879—83 an der Dorpater Universität gemacht. Nach Erlangung des Arztgrades war er acht Jahre Arzt in Menselinsk, dann am Landschaftshospital in Ufa und zuletzt in Smolensk, wo er sich grosser Beliebtheit erfreute. 3) In Paris der bekannte Laryngologe Dr. Charles Fauvel, welcher der erste war, der die Kehlkopfzange bei Polypen in Anwendung brachte. 4) In Amsterdam der Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie Dr. van der Mey im 44. Lebensjahre an den Folgen einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte.

— Von der Universität Jurjew (Dorpat) sind im verflossenen Jahr im Ganzen 588 academische und medicinische gelehrte Würden und Grade verliehen worden, davon in der medicinischen Facultät 485, und zwar: die Würde eines Kreisarztes 6 Personen, die Doctorwürde 15 Personen, der Arztgrad 178, der Grad eines Mag. pharm. 2, der Provisorgrad 160, die Würde eines Dentisten 24, eines Apothekergehülfen 73 und einer Hebamme 27 Personen.

— Der Botkin-Fonds ist bereits auf nahezu 37,000 Rbl. angewachsen.

— Die beiden russischen chirurgischen Journäle «Хирургическая Лѣтопись» (Chirurgische Annalen), herausgegeben von den Professoren Sklifassowski und Djakonow und «Русскій Хирургическій Архивъ» (Russ. chirur. Archiv) herausgegeben von Professor Weljaminow werden vom 1. Febr. 1896 an vereinigt unter dem Titel «Лѣтопись Русской Хирургіи» (Annalen der russ. Chirurgie) unter der Redaction der Professoren Sklifassowski und Weljaminow erscheinen. Der Abonnementspreis für das neue Journal, welches alle 2 Monate 8 Bogen stark erscheinen wird, beträgt 8 Rbl. jährlich.

— Zu den von uns bereits angezeigten sechs neuen russischen medicinischen Zeitschriften kommt noch ein von dem Professor der Psychiatrie an der Kiewer Universität Dr. J. A. Ssikorski neubegründetes Journal «Fragen aus der neuro-psychischen Medicin» (Вопросы нервно-психической медицины) hinzu, welches 2 bis 4 Mal im Jahre erscheinen und 6 Rbl. jährlich kosten wird. Es werden somit von jetzt an fünf Journäle für Nerven- und Geisteskrankheiten in russischer Sprache existiren.

— Die von Dr. P. A. Ilinski gegründete und in den letzten Jahren von den DDr. Kossorotow und Fomin redigirte med. Wochenschrift «Русская Медицина» (Russische Medicin) ist nach 20jährigem Bestehen definitiv eingegangen.

— Es hat sich in St. Petersburg ein «Verein von ärztlichen Gehilfen» gebildet, dessen Statuten bereits obrigkeitlich bestätigt sind. Der Kriegsminister hat aber den Militär-Feldschern untersagt, dem Verein beizutreten. (Wr.)

— Die Choleraepidemie herrscht in Russland gegenwärtig nur noch in zwei Gouvernements und in der Stadt St. Petersburg, doch weist sie überall eine erfreuliche Abnahme auf. Die grösste Zahl von Erkrankungen und Todesfällen an der Cholera kommt noch in St. Petersburg vor, wo vom 23. bis 30. December v. J. 50 Personen erkrankten und 21 starben. Im Gouv. Wolhynien erkrankten vom 2. bis 16. December v. J. 24 Personen und starben 12; aus dem Gouvernement Kiew wurde vom 10.—16. December nur eine Neuerkrankung, jedoch kein Todesfall an der Cholera gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. December d. J. 7877 (168 mehr als in d. Vorw.), darunter 1396 Typhus — (60 mehr), 681 Syphilis — (7 mehr), 151 Scharlach — (5 mehr), 50 Diphtherie — (6 wenig.), 92 Masern — (14 mehr), und 20 Pockenkranke — (1 wenig.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. December 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
416	326	742	136	68	123	13	13	21	68	65	74	59	45	38	17	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 33, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 34, Scharlach 12, Diphtherie 29, Croup 7, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 6, Cholera nostras 24, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 22, Lebensschwäche und Atrophia infantum 52, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 36.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 9. Januar 1895.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137' кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Marie Mohl. В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 9 Января 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, 13. (25.) Januar **1896**

Zwei Fälle aus der gynäkologischen Abtheilung des Hospitals „St. Jacob" in Wilna.

Von

Dr. med. Emanuel Kahn.

Vorgetragen in der Wilnaschen medicinischen Gesellschaft den 28. November 1895.

I. Missed labour.

Das überaus interessante Krankheitsbild des Missed labour, einer Bezeichnung, die Oldham[1]) im Jahr 1847 zum ersten Male für eine dauernde Retention einer in utero abgestorbenen Frucht gebraucht, ist bis heute noch Gegenstand der Controverse der Autoren. Während beispielsweise Müller[2]) und Macdonald ein derartiges Vorkommniss vollkommen läugnen, sprechen sich Freund[3]) Veit[4]), Küstner[5]) für dasselbe aus. Wenn schon die Meinungen im Princip auseinandergehen, so sind die Erklärungen über das Zustandekommen des Missed labour noch weit mehr divergirend, und das ist auch ganz natürlich, wenn wir bedenken, wie verschieden noch heute die Ansichten über die Ursache des Geburtsbeginnes sind und folglich auch über die Factoren, welche Contractionen des Uterus hintanzuhalten im Stande sind. Es würde mich natürlich zu weit führen, die interessanten Reizversuche[6]) verschiedener Nervencentra mit ihrem Einflusse auf die Uteruscontraction hier anzuführen, jedoch möchte ich nicht unterlassen — schon zur besseren Erklärung des Zustandekommens des Missed labour — derjenigen Momente, die bis heute als wehenauslösend gelten, in gedrängter Kürze zu erwähnen. Kennen wir einmal die Bedingungen, die den Uterus zu Contractionen zwingen, so wird es uns zweifelsohne leichter nach den Ursachen zu forschen, die Wehen dauernd hintanzuhalten im Stande sind. Nach Hippocrates ist beim Geburtsacte das Kind allein der active Theil. Ungenügende Nahrung veranlasse das Kind zur Eigenbewegung nach aussen indem es sich mit den Füssen an die Uteruswand anstemmt, den Muttermund erweitert und sich so selbst den Weg nach aussen bahnt. Diese Ansicht war mit geringen Abweichungen bis in unser Jahrhundert hinein die herrschende.

Erst als der Hypothese die exacte Forschung gegenübergestellt wurde, ist eine Klärung auch in diesem Punkte bemerkbar. Nach Range[7]) ist der Sauerstoffmangel im placentaren Kreislaufe die Ursache der Auslösung von Uteruscontractionen. Spiegelberg sieht in dem chemischen Reize gewisser dem reifen Fötus nicht mehr nöthiger Ausscheidungsproducte den Anstoss zur Geburt; die Schüler Küstner's, Keilmann[8]) und Knüpffer[9]) in der Relation des vorliegenden Kindstheiles zu der tieferen Halspartie der Gebärmutter, wobei erstere mechanisch durch Druck die in unmittelbarer Nähe letzterer gelegenen Cervicalganglien reizt und somit die Gebärmutter zu Zusammenziehungen veranlasst. Schliessen wir uns nun letzterer Ansicht an, so müssen zum Entstehen des Missed labour Bedingungen vorhanden sein, die entweder die Möglichkeit der Reizung der Cervicalganglien ausschliessen, oder letztere sind selbst durch gewisse Krankheitsprocesse unempfindlich geworden, wobei auch die gesammte Nervenleitung zum Grosshirn, die auch Keilmann nicht ganz missen möchte, alterirt ist. Wir werden uns erlauben auf diesen Punkt noch später zurückzukommen und wollen nun die Ansichten verschiedener Autoren über den Missed labour hören. Kleinwächter[10]) vertritt in seiner überaus interessanten Abhandlung die Anschauung, dass unter dem Begriffe Missed labour mehrere Krankheitsprocesse, die strenge von einander zu scheiden sind, zusammengeworfen wurden. So konnten beispielsweise manche Fälle bei Sichtung der Literatur als Extrauteringraviditäten angesprochen werden, bei anderen handelte es sich um Schwangerschaft im verschlossenen Nebenhorne eines Uterus bicornis. Nach Kleinwächter ist Uterusruptur ohne (oder vielleicht nur mit theilweisem) Austritt der Frucht in die Bauchhöhle in den allermeisten Fällen Ursache solch' einer Retention der Frucht in der Gebärmutter. Von Sänger[11]), Herrgott und Prael sind je ein Fall von Retention der Frucht in utero bei Uterus-

myomen beschrieben und glaubt Sänger auch, dass die Myome die Ursache des Ausbleibens der Wehenthätigkeit gewesen seien. Leopold[12]) und Ahlfeld[13]) sehen in einer in der Gravidität erworbenen Peritonitis die Hauptursache des Missed labour. Schliesslich werden als Ursache noch Paralysen mit Unterbrechung der Leitung zur Medulla angeführt.

Der Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, ist folgender:

S. J. 30 J. a. trat den 24. Nov. 1894 in's Hospital ein. Pat. ist seit 14 Jahren verheirathet und hat 8 mal rechtzeitig geboren. Ihre Regel will sie stets regelmässig alle 4 Wochen und 4 tägig ohne Schmerzen gehabt haben. Ausser weissem Fluss habe sie an keiner Frauenkrankheit gelitten. Letzte Regel vor 11 Monaten, fühlte sich schwanger. Kindsbewegungen traten im 5. Monat ihrer Schwangerschaft ein und fühlte sie dieselben mehr als einen Monat lang. Hierauf habe sie sich erkältet und sei an einer Bauchfellentzündung 3 Wochen lang krank gelegen. Seit der Zeit fühlte sie das Kind nicht mehr, bemerkte jedoch vor etwa 5 Monaten (ohne vorher Wasserabfluss beobachtet zu haben) Abgang eines mit Fetzen vermischten, stinkenden Ausflusses (kleine Knochenstücke sind nicht wahrgenommen worden). Im Laufe der Zeit sei der Ausfluss immer reichlicher geworden; dementsprechend bemerkte sie auch bedeutende Abnahme ihrer Kräfte.

Status praesens. Pat. eine äusserst blasse, fast skelettartig abgemagerte Frau ist nicht im Stande sich selbst aufrecht zu halten, spricht mit Anstrengung, hört schlecht und ist grösstentheils theilnamlos. Haut welk und schlaff. Das Gesicht macht einen schwerleidenden Eindruck. Augenhöhlen tief eingesunken. Linkes Unterkiefergelenk ankylotisch. Sichtbare Schleimhäute anämisch.

An den Lungen sind in ihrer ganzen Ausdehnung trockene und feuchte Rasselgeräusche hörbar. Herztöne schwach, jedoch rein. Leber und Milz unbedeutend vergrössert, letztere auf Druck etwas schmerzhaft. Nieren functioniren normal, im Urin Spuren von Eiweiss, keine Cylinder.

Im Abdomen lässt sich ein Tumor fühlen, der 2 Fingerbreit über den Nabel reicht und bei der Palpation schmerzhaft ist. Kindstheile sind nicht zu fühlen. Aus den Geschlechtstheilen scheidet sich eine stinkende, röthlich schmutzige mit Gewebsfetzen vermischte Flüssigkeit aus. Rechte grosse Schamlippe äusserst fettarm, linke hydropisch angeschwollen. An den kleinen Schamlippen nichts Abnormes. Am Damm unregelmässige Narbe eines Risses 2. Grades. Scheide weit und schlaff. Portio vaginalis steht hoch und ist hart hinter der Symphyse zu fühlen. Der äussere Muttermund lässt kaum die Fingerspitze durch. Die Sonde stösst unschwer auf einen harten Körper, der ein Weiterdringen der Sonde nicht zulässt. Uterus 2 Fingerbreit über dem Nabel, völlig unbeweglich, auf Berührung schmerzhaft, liegt mehr nach links. Linkes Parametrium schmerzhaft, lässt sich deswegen nicht genau abtasten, auch rechterseits sind weder Ovarium noch Tube tastbar.

Puls entsprechend dem elenden Zustande der Pat. sehr klein 110 Schläge in der Minute. Temperatur schwankt zwischen 36,5 und 38,0° C.

Behufs völliger Sicherstellung der Diagnose wird nach sorgfältiger Desinfection ein Jodoformstreifen in die Cervix eingeführt.

Den 26. November. Der Muttermund hat sich nur um ein Geringes erweitert. Es wird noch ein Streifen Marly eingeführt.

Den 27. November. Der Muttermund ist für einen Finger passirbar. Es lässt sich deutlich ein völlig von Haut entblösster Schädelknochen als vorliegender Theil abtasten. Hiermit war die Diagnose sichergestellt. Es handelte sich um Retention einer vor längerer Zeit abgestorbenen und bereits völlig zersetzten Frucht im Uterus also um Missed labour.

Den 28. und 29. November wird wieder Jodoformmarly eingeführt, ohne jedoch eine nennenswerthe Erweiterung zu erzielen.

Den 30. Nov. Einführung eines Tupelostiftes.

Den 1. December. Muttermund auf 2 Fingerbreit erweitert. In Aethernarkose werden unter grosser Vorsicht, nachdem noch durch die Hand der Cervicalcanal langsam erweitert worden, erst einzelne Schädelknochen und dann allmählich das ganze Skelett, ohne dass irgendwo eine Hautbedeckung bemerkbar gewesen wäre, herausgeholt. Die Wände der Gebärmutter fühlen sich äusserst dünn und schlaff an. Von einer Placenta war keine Spur, es sei denn, dass man einige zersetzte Hautfetzen als Reste einer solchen ansprechen will, die hinterher herausgeholt werden konnten. Nach Ausspülung des Uterus mit Lysol (1 %) wurde des Uterus behufs besserer Desinfection locker mit Jodoformmarly tamponirt. Innerlich Campher. Temp. 35,6° C.

Den 2. Dec. Pat. hat nicht erbrochen. Allgemeingefühl ein besseres, Puls 140. Temp. 38,0° C. Nach Entfernung der Marly werden nur häufige Scheidenirrigationen mit Lysol verordnet.

Den 3. Dec. Die Ausscheidung nach wie vor reichlich mit Geruch. Puls klein, jedoch regelmässig 110 Schläge in der Minute. Temp. 36,2°. Allgemeingefühl ein besseres.

Den 4. Dec. Pat hat etwas Appetit. Zunge jedoch belegt und trocken. Eine nennenswerthe Besserung ist nicht bemerkbar. Die Ausscheidung von schmutzigem Aussehen ist auch an Quantität nicht geringer geworden. Uterus bildet sich allmählich zurück und ist nunmehr nur noch 3 Finger breit über der Symphyse zu fühlen, schmerzhaft. Campher, Coffein. Wein werden fortgesetzt.

Den 5.—15. Dec. Keine nennenswerthe Aenderung. Uterus hat sich bereits ins kleine Becken zurückgezogen. Ausscheidung, wenngleich geringer, doch von derselben Beschaffenheit wie früher.

Den 15. Dec. Es tritt Schwellung beider Füsse auf. Im Urin Eiweiss. Pat. wird zusehends schwächer.

Den 16. Dec. Quälender Husten. Temp. 35,6. Puls kaum fühlbar. Aether unter die Haut.

Vom 17.—20. Dec. Status idem. Temp. 35,4—36,0° C.

Den 21. December. Pat. besinnungslos, ohne Puls, lässt unter sich.

Den 22 December. 4 Uhr Morgens exitus im Coma.

Bei der am 23. Dec. ausgeführten Obduction konnte kurz folgender Befund constatirt werden. Linke Lungen eingesunken, mit der Pleura an vielen Stellen fest verwachsen. Bronchien in beiden Lungen verdickt und erweitert. Herzfleisch getrübt. Im rechten Herzen an den Tricuspidalklappen ein im Zerfall begriffener Trombus. Leber und Nieren trübe geschwellt. Milz weich, vergrössert. Peritoneum von dunkelblauer Farbe, an vielen Stellen mit den Därmen und Geschlechtstheilen verwachsen. Uterus vergrössert mit einem schmutzig grauen Belage an der Innenfläche, keine Narbe als Zeichen einer etwa vorhanden gewesenen Uterusruptur. Ovarien und Tuben bilden mit dem Darm und Peritoneum ein schwer entwirrbares Convolut. Anatomische Diagnose. Sepsis.

Unser Fall bietet in doppelter Hinsicht grosses Interesse, einerseits dadurch, dass der Foetus in utero statt der Mumification, dem gewöhnlichen Ausgange, der völligen Fäulniss unterlag; anderseits finden wir in unserem Falle für die Aetiologie des Missed labour einige Anhaltspunkte.

Es ist wohl zweifellos, dass unsere Kranke kein Trauma erlitten, die eine etwaige Uterusruptur zur Folge gehabt haben konnte, da sowohl Krankengeschichte, wie Obductionsbefund dagegen sprechen. Somit passt die nach Kleinwächter für die grösste Mehrzahl der Fälle zulässige Ursache, eine Uterusruptur, für unsern nicht. Anders jedoch verhält es sich mit der von Leopold und Ahlfeld vertretenen Anschauung, nach welcher eine in der Gravidität erworbene Peritonitis eine dauernde Inertia uteri nach sich zu ziehen vermöge. Auch unsere Kranke hat zweifelsohne eine schwere Peritonitis überstanden, und ist wohl denkbar, dass durch Verklebung der Serosa mit dem Uterus Lähmung und Degeneration der Uterusmuskulatur eintrat und somit die centrale Nervenleitung zum Uterus, wie die die Uteruscontraction beeinflussenden Nerven, die Cervicalganglien nach Keilmann eine derartige Schwächung erlitten, dass die Reizerscheinungen auf letztere ohne Antwort von Seiten des Uterus blieb.

Wenngleich ich nicht umhin kann die Ansicht Kleinwächters für viele Fälle zu Recht bestehen zu lassen, so ist es jedenfalls, wie auch aus unserem Falle ersichtlich, zu weit gehend die Aetiologie in der überwiegenden Mehrzahl der Uterusruptur zuzuschreiben, und glaube ich wohl mit Recht betonen zu können, dass eine Peritonitis, welchen Ursprungs sie auch sei, in der Aetiologie des Missed labour eine bedeutende Rolle spiele.

Literatur.

1. Oldham. Guy's Hosp. Rep. V, 1847, p. 105.

2. Müller. De la grossesse utérine prolongée indefiniment. Paris 1878.

3. Freund. Berl. Beiträge zur Geb. u. Gyn. 1875 IV p. 108.

4. Veit. Müller's Handb. f. Geburtsh. Bd. I, p. 317.

5. Küstner. Ibidem Bd. II, p. 663.

6. Werth. Ibidem. Bd. I, p. 342.
7. Runge. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 4, p. 74.
8. Keilmann. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 23, 1894.
9. Knüpffer. Diss. Dorpat 1892. Ursachen des Geburtseintrittes.
10. Kleinwächter. Real.-Encyclop. von Eulenburg. Bd. XXVII. 1895, p. 383.
11. Sänger. Centr.-Bl. f. Gyn. 1885.
12. Leopold. Arch. f. Gyn. 1877 XI, p. 391.
13. Ahlfeld. Lehrb. d. Geburtsh. 1894, p. 244.

II. Narbige Stenose der Scheide.

Aus dem Umstande, dass Neugebauer[1]) aus der Literatur 1000 Fälle von angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide zusammenstellen konnte, ist ersichtlich, dass diese Erkrankung nicht zu den sehr seltenen gezählt werden kann. Was mich nun veranlasst über meinen Fall zu sprechen, ist der therapeutische Erfolg, der, wie aus der Literatur ersichtlich, bis hierzu nicht allzu glänzend gewesen ist. Die auf Dehnung der Narbe beruhende Therapie, brachte im besten Falle nur vorübergehenden Erfolg. Erst in allerletzter Zeit sind völlige Heilungen durch operative Eingriffe erzielt worden. Als Haupterforderniss muss die völlige Exstirpation der Narbe gelten, die nun mit Transplantation verbunden, den Heileffect garantirt.

Credé[2]) transplantirte auf den Defect die Haut der grossen Schamlippen. Küstner[3]) benutzte mit Erfolg zum selben Zwecke die Schleimhaut eines menschlichen Dünndarmes, die er in physiologischer Kochsalzlösung bei Körpertemperatur aufbewahrt, frisch aus der chirurgischen Klinik erhielt. Swiecicki[4]) verwandte hierzu die Schleimhaut des Kaninchendarmes, jedoch musste er mehrmals die Operation erneuern. Rosciszewski operirte mit Erfolg, indem er zur Deckung des Defectes die kleine, rechte Labie bis auf eine Ernährungsbrücke abschnitt; er entfaltete hierauf stumpf die beiden Lamellen der Hautduplicatur, die die kleinen Labien darstellen und erhielt somit ein hinreichend grosses Stück zur Deckung des gesammten Defectes. Linkerseits nekrotisirte ein Hautstreifen vom transplantirten Gewebe und musste nun linkerseits hinterher von der kleinen Lippe ein Stück zur Deckung des hierdurch entstandenen Defectes abpräparirt werden. Er erhielt prima intentio. Da ich ein wenig von den genannten Operationsverfahren abwich, sei es mir gestattet, Ihnen meinen Fall in Kürze mitzutheilen.

P. S. 28 Jahre alt, trat den 20. September 1895 ins Hospital ein. Sie ist seit 3 Jahren verheirathet und hat 2 mal todte Kinder geboren. Die erste Geburt vor 2 Jahren, die letzte vor 2 Monaten. Die Dauer der Geburt erstreckte sich jedesmal auf 3 mal 24 Stunden. Kunsthilfe war in beiden Fällen nicht angewandt worden. Menstruation 4 wöchentl. 3—4 tägig, mässig, ohne Schmerzen. Letzte Regel vor 2 Wochen. Lues negirt. Pat. klagt über keinerlei Schmerz, fühlt sich im Ganzen völlig wohl und verlangt die Befreiung von ihrem Leiden bloss aus ehelichen Gründen.

Status praesens. Pat. ist von mittlerem Wuchs und mit mässigem Fettpolster versehen. Lunge, Herz, Nieren völlig gesund. Die Untersuchung der Geschlechtstheile bietet folgenden Befund. Grosse, wie kleine Labien normal. Am Damm ist eine derbe Narbe sichtbar, die sich nach rechts vorn und in die Tiefe hinzieht und hierselbst in eine breite, äusserst feste und derbe Narbe übergeht, die etwa 2 Cm. vom Introitus entfernt die ganze Scheide ringförmig einschliesst. Die Strictur lässt mit Mühe den kleinen Finger passiren, wobei es durch Platzen der oberflächlich abgestreiften Schleimhaut etwas blutet. Das Passiren des Fingers durch die Strictur ist Pat. schmerzhaft. Die grösste Dicke und Derbheit besitzt die Narbe an der hinteren Scheidenwand. Hinter der Narbe ist normale Vaginalschleimhaut zu fühlen. Uterus anteflectirt, mässig vergrössert, nicht schmerzhaft. Ovarien und Tuben bieten normale Verhältnisse dar.

In Hinsicht auf die Dicke und Unnachgiebigkeit der Narbe wird von jeder Dehnungstherapie, die ausserdem der Pat. schmerzhaft ist, abgesehen.

Ich schritt nun am 22. Sept. zur Operation. Unter Chloroformnarcose wird durch einen Schnitt von vorn links nach hinten und rechts im Halbbogen die Narbe unterminirt und nun in ihrer ganzen Ausdehnung exstirpirt; auch der Narbenstrang, der vom Damm aus in diese übergeht, wird entfernt. Hierdurch entstand ein ungeheurer Defect, der vorn und hinten von normaler Schleimhaut begrenzt war; derselbe bot eine etwa 4eckige Figur dar, die rechterseits mit einem spitzwinkeligen Zipfel, der der exstirpirten Perinealnarbe entsprach, versehen war. Um nun den Defect zu verringern, legte ich in querer Richtung versenkte Nähte an, zog die an den hinteren Wundrand grenzende normale Scheidenschleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung nach vorn und fixirte sie durch einige Nähte in der Wunde; hierdurch wurde die hintere Scheidenwand etwas verkürzt, doch nicht in dem Maasse, dass hieraus irgend eine Störung resultiren konnte.

Ich hatte jedoch den bedeutenden Vortheil, dass der Defect um ein Bedeutendes geringer wurde und ich nun nicht viel Gewebe zur Deckung desselben bedurfte. Rechterseits präparirte ich ein dreieckiges Stück von der kleinen Labie mit Uebergang in die Vulvarschleimhaut so ab, dass der Winkel nach hinten zu als Ernährungsbrücke haften blieb, der nach vorne gelegene die Perinealnarbe und der mittlere einen Theil des Defectes zu decken hatte. Dieser Lappen wurde durch Seidennähte an die normale Schleimhaut fixirt. Linkerseits trennte ich einen etwa 3 Cm. langen und 1 Cm. breiten Hautlappen der linken, kleinen Labie von ihrer Innenseite völlig ab transplatirte ihn sofort auf den linksseitigen Defect und fixirte ihn durch einige Nähte vorsichtig jegliche Zerrung vermeidend.

Die an den kleinen Labien gesetzten Wunden wurden für sich vernäht.

Nach Reinigung des Operationsfeldes mit Borsäure wird locker ein Jodoformmarlystreifen in die Scheide eingeführt. Nach 2 Tagen Verbandwechsel. Rechterseits war die Ernährung eine vorzügliche, linkerseits hatte der vordere Theil ein frisches Aussehen, nur ein etwa 1 Cm. langes Stück hatte sich von hinten abgelöst, flottirte frei und war von blasser Farbe; dieses Stück wird abgetragen. Die Wunde wird mit Borsäure abgespült und mit Borvaselin bestrichen. Am 5. Tage nach der Operation konnte bereits constatirt werden, dass sowohl rechts wie links die Lappen angeheilt waren. Behandlung Irrigation mit 4% Borsäurelösung und Bepuderung mit Jodoform. Am 7. Tage wurden die Nähte entfernt. — Der Defect durch Abtragung des kleinen, möglicherweise beim Entfernen des Marlystreifens abgelösten, nicht nekrotischen Stückes, war so gering, dass er für den Heileffect nicht in Betracht gezogen werden konnte. Die Heilung der Wunde schritt regelrecht vorwärts.

Am 30. September trat ein Urticariaausschlag, verbunden mit Temperatursteigerung bis auf 39,5 auf. Auf Rath des Collegen Gerschun liess ich fernerhin das Jodoform fort. Der Ausschlag blasste schnell ab und war nach etwa 4 Tagen verschwunden.

Am 11. Octob., also am 20 Tage nach der Operation, wird Pat. auf ihr Bitten aus dem Hospital entlassen. Die Scheide lässt bequem 2 Finger passiren. Irgend welche Narbenstränge sind nirgends zu fühlen; überall lässt sich normale Schleimhaut abtasten.

Ich darf wohl mit Recht von einem völligen Erfolg sprechen, um so mehr als ich durch Verringerung des Defectes, wie oben angeführt, beiderseits die kleinen Labien zwar verkleinert, jedoch erhalten konnte.

Herrn Collegen Bujalski, der mir die Kranke in's Hospital zur Radicalcur zusandte, sage ich hiermit meinen besten Dank.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, dem H. Oberarzt, wie sämmtlichen bei beiden Fällen assistirenden Collegen des Hospitals meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Neugebauer. Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide. Leipzig. Engelhardt 1895.
2. Credé. Heilung der Stenosis vaginae durch Einnähen eines Hautlappens. Arch. f. Gyn. Bd. XXII.
3. Küstner. Grundzüge der Gynäkologie 1893. p. 322.
4. Swiecicki. Przyczynki do fizyologii, ginekologii i potoznictwa. Posen 1893.
5. Rosciszewski. Ein neues Operationsverfahren bei narbiger Stenose der Scheide. Centr.-Bl. f. Gyn. 1894, p. 647.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. P. H. Gerber. Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Academische Antrittsvorlesung. (Berlin. 1896. Verlag von S. Karger).

In seiner academischen Antrittsvorlesung giebt Verf. in höchst interessanter Form eine vollständige Uebersicht Alles dessen, was vom anatomischen, physiologischen und pathologischen Standpunkte aus über die Beziehungen der Nase zum Gesammtorganismus bis zur neuesten Zeit bekannt geworden ist. Die Lectüre des Buches kann allen denjenigen, die sich für den Aufschwung, den der jüngste Zweig der allgemeinen Medicin, die Rhinologie, zu unserer Zeit genommen hat, interessiren, auf das Wärmste empfohlen werden.

A. Sacher.

Dr. med. J. Hegetschweiler. Die phthisische Erkrankung des Ohres auf Grund von 39 Sectionsberichten Bezold's. (Wiesbaden. Verlag v. J. F. Bergmann. 1895).

Die 39 Sectionsberichte mit den zugehörigen Krankengeschichten des um die Ohrenheilkunde sehr verdienten Professors Bezold bilden den grössten Theil der vorliegenden Arbeit. Die exacten Beobachtungen am Krankenbett, die sorgfältigst ausgeführten Sectionen, bei denen auf den Ohrbefund die grösste Aufmerksamkeit gerichtet wurde, sind ohne Zweifel am besten dazu geeignet, ein anatomisches und klinisches Bild der Tuberculose des Ohres zu geben. Es ist deshalb die Arbeit jedem mit der Ohrenheilkunde sich näher beschäftigenden Arzte sehr willkommen.

A. Sacher.

Prof. Dr. Victor Urbantschitsch. Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter. (Wien. Urban u. Schwarzenberg. 1895).

Es ist gewiss sowohl vom humanitären, als vom rein wissenschaftlichen Standpunkte aus eine sehr dankenswerthe Aufgabe, die sich der wohlbekannte Verf. gestellt hat, durch methodische Uebungen den Hörsinn der Taubstummen zu erwecken. Als eifriger Verfechter derselben giebt Verf. im vorliegenden Werke eine recht ausführliche Anleitung zu diesen Hörübungen, welche schon sehr beachtenswerthe Resultate gegeben haben. Die wissenschaftliche Beleuchtung der Frage macht das Werk besonders werthvoll und wird dasselbe hoffentlich nicht nur unter den Specialisten, sondern auch in weiteren Kreisen grosse Verbreitung finden.

A. Sacher.

Dr. J. Munk und Dr. C. A. Ewald: Ernährung des gesunden und kranken Menschen. Dritte verbesserte Auflage. Zweite Hälfte. (Wien und Leipzig. Urban v. Schwarzenberg. 1895).

Die uns vorliegende zweite Hälfte des bekannten, bereits in weiten Kreisen verbreiteten Munk-Uffelmann'schen Werkes bringt den Schluss des 2. Theiles über «Ernährung des gesunden Menschen und Massenernährung» und den letzten 3. Abschnitt: «die Ernährung des kranken Menschen» von Prof. C. A. Ewald. Wir haben bereits bei Besprechung der ersten Hälfte die Zuversicht ausgesprochen, dass die Bearbeitung dieses wichtigen Abschnittes der Ernährungslehre, die an Stelle des verstorbenen Uffelmann, eine so bewährte Kraft, wie Prof. C. Ewald, übernommen hat allen Anforderungen entsprechen werde. Unsere Erwartungen finden wir nun vollauf bestätigt. Zunächst schildert der geschätzte Autor in kurzen und klaren Zügen die Grundprincipien der Krankenernährung, den Stoffbedarf und Stoffersatz der Kranken und die für dieselben zu Gebote stehenden Nahrungs- und Genussmittel; alsdann geht er auf das specielle Thema über, auf die Diätetik bei acuten und chronischen fieberhaften Krankheiten und auf die Ernährung fieberloser Kranken. Wir überzeugen uns auf jeder Seite, dass der Verfasser auf Grund reicher, eigener Erfahrung die verschiedenen Diätregime angiebt, überall erkennen wir das Urtheil eines klaren und scharfen Beobachters, der seine Erfahrungen auf das Beste und Praktischeste ausnutzt, dabei aber nicht unterlässt, die abweichenden Ansichten anzuführen und dieselben kritisch zu beleuchten. Mit grossem Interesse haben wir die Kapitel über Ernährung bei Erkrankungen des Magens und Darms gelesen und die beigefügten Kostzettel studirt. Für den Hospitalsarzt wichtig sind die letzten Abschnitte über die Kost in Spitälern und Reconvalescentenhäusern. Wir können somit das verdienstvolle Werk nur warm empfehlen, möge dasselbe die ihm gebührende dankbare Aufnahme finden.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

597. Sitzung am 28. November 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär W. Beckmann.

1. Herr Henking demonstrirt ein Kind mit angeborenem Radiusdefect. An Stelle des Radius findet sich nur ein Muskelstrang.

2. Herr Wanach: **Ueber Exstirpation des Schultergürtels.**

Der Erste, der die Entfernung der obern Extremität nebst dem Schulterblatt und dem Schlüsselbein am Lebenden zu unternehmen wagte, war der englische Marinearzt Cuming, der im Jahr 1808 die Operation bei einem Matrosen wegen einer Schussverletzung mit gutem Erfolg ausführte. Erst in den dreissiger Jahren wurde die Operation wiederholt, u. zw. von amerikanischen und einem italienischen Chirurgen wegen bösartiger Neubildungen. Von da an wurden die Fälle häufiger, so dass Paul Berger 1887 51 Fälle, Adelmann 1888 70 Fälle zusammenstellen konnte. Costa zählte 1893 schon 106 Fälle, augenblicklich dürfte die Zahl circa 130 betragen. In der Bergmann'schen Klinik allein wurde die Operation 14 mal ausgeführt (Nasse). In Russland ist Vortr. ausser seinem eigenen nur ein 1887 von Reyher operirter Fall bekannt.

Die angeführten Zahlen müssen bedeutend reducirt werden, da in ihnen auch alle mehrzeitigen Operationen enthalten sind, die doch eine ganz andere Bedeutung haben; meist handelte es sich dabei um anfängliche Exarticulation des Arms wegen bösartiger Neubildungen und spätere Recidivoperationen, wobei allmählich auch der ganze Schultergürtel entfernt wurde. Diese Operationen geben eine geringere Mortalität in Folge der Operation, aber sehr schlechte Endresultate (Recidive).

Die Indicationen für die einzeitige Entfernung des ganzen Schultergürtels geben Verletzungen (Schuss, Abreissungen, schwere Fracturen), Caries der Schulterknochen und maligne Tumoren der Schultergegend. Die beiden erstgenannten Indicationen müssen heutzutage sehr eingeschränkt werden, da gerade bei Verletzungen die conservative Chirurgie ihre grössten Triumphe feiert; auch die «Caries» — also wohl meist Knochentuberculose — wird jetzt eher zu atypischen partiellen Resectionen Anlass geben, besonders seit wir die ausgezeichnete Regenerationsfähigkeit des Schulterblattperiostes kennen und aus mehrfacher Erfahrung wissen, dass der Arm auch nach totaler Entfernung der Scapula eine gute Gebrauchsfähigkeit erlangen kann.

Dagegen werden wir bei malignen Tumoren der Schultergegend, namentlich Knochen- und Muskelsarkomen (mit Ausnahme der relativ gutartigen schaligen myelogenen Riesenzellensarcome des Oberarms, bevor sie in die Nachbarschaft eingedrungen sind) die Indication weiter stecken und immer möglichst ausgedehnt operiren. Hat doch Nasse an den Fällen der Bergmannschen Klinik nachgewiesen, dass man bei Sarcomen, die auf die Muskeln übergegriffen haben garnicht radical genug vorgehen kann, da gerade die Muskeln und intermuskulären Bindegewebsräume die Wege sind, auf denen Sarcome sich schrankenlos und rapid ausbreiten.

Der Entschluss, auch in weniger vorgeschrittenen Sarcomfällen die Exstirpation des Schultergürtels zu machen, wird uns bedeutend durch die gute Prognose erleichtert, die die Operation als solche giebt. Wenn auch die Summirung einzelner publicirter Fälle keine bestimmten Schlüsse in dieser Richtung zulässt, so ist doch hervorzuheben, dass von den 14 Bergmann'schen Fällen nur 1 an der Operation gestorben ist (ein verzweifelter Fall, wo das Sarcom in die Vena subclavia hineingewuchert war: es wurde nach Resection des Brustbeins die Vena cava superior unterbunden), und dass unter den zahlreich publicirten Fällen der letzten Jahre nur ganz vereinzelte Todesfälle gemeldet werden.

Dass die Operation eine relativ ungefährliche geworden ist, haben wir der idealen Ausbildung der Technik zu verdanken. Der wichtigste Act der typisch gewordenen Operation, der die Hauptgefahr des Blutverlustes vollständig ausschliesst, ist die präliminare Unterbindung der grossen Schlüsselbeingefässe, die von Parise 1856 zuerst planmässig ausgeführt, von Berger, Esmarch und Bergmann zur Methode erhoben ist. Von Ollier, Kocher u. A. werden auch die aus der Art. subclavia entspringenden Aeste: Art. cervicalis profunda, Art. transversa colli, Art. transversa scapulae im Beginn der Operation unterbunden. Alle übrigen Operationsacte können und müssen je nach den individuellen Verhältnissen modificirt werden.

W.'s Fall ist kurz folgender. A. A., 45 Jahre alt, bemerkte im November 1894 in der linken Schultergegend eine schmerzlose Verhärtung, die schnell grösser wurde und exulcerirte. Im September 1895 trat er in das Peter-Paulhospital mit einem kindskopfgrossen exulcerirten blutenden Sarcom, das den Winkel zwischen Oberarm und äusserm Scapularrand, die Fossa infraspinata und einen Theil der Fossa supraspinata

einnahm. Bewegungen im Schultergelenk aufgehoben. Pat. durch wiederholte Blutungen aus dem Tumor äusserst anämisch und kachektisch. — 27. September Operation. Durchsägung der Clavicula, Unterbindung der Art. und Vena subclavia, der vasa transversa colli und vasa transversa scapulae, Durchschneidung des Plexus brachialis. Verlängerung des Hautschnitts bis in die Achsel und nach Abpräpariren eines grossen vorderen Hautlappens Durchschneidung des Musc. pectoralis major und minor. Stumpfes Ablösen des Gefäss- und Nervenbündels nebst Lymphdrüsen und Fettgewebe von der Thoraxwand bis in die Achsel. Zurückklappen der Extremität nach hinten, Verlängerung des Hautschnitts bis zum untern Schulterblattwinkel, Durchschneidung der Musculi latissimus dorsi serratus anticus major, rhomboidei, levator anguli scapulae. Hautschnitt von der Clavicula nach hinten abwärts entlang dem innern Scapularrand bis zum Ende des ersten Schnittes, Durchschneidung des Cucullaris und Omohyoideus.

Der grosse vordere Hautlappen deckte die riesige Wunde gut, doch wurde er nekrotisch und stiess sich unter Fieber ab. Es hinterblieb ein grosser granulirender Defect, der am 14. November durch Hauttransplantation nach Thiersch gedeckt wurde. Jetzt ist der Allgemeinzustand des Kranken vortrefflich, die Wunde bis auf kleine granulirende Stellen geheilt (einige transplantirte Läppchen waren nicht per primam angeheilt).

Der Kranke wird demonstrirt. (Autoreferat).

3. Herr Hagentorn:

Ueber Endarteriitis obliterans und Arteriosclerose.

Demonstration eines Präparates von Thrombose des Truncus brachioceph. et fem. bei Arteriosclerose und microscopischer Präparate von Endarteriitis obliterans und Arteriosclerose. Vorher demonstrirte Vortragender 2 Patienten als Repräsentanten der beiden Formen der Gefässveränderung. Pat., Arbeiter der Obuchowschen Gussstahlfabrik, einer im Alter von 66 Jahren (Endarter. obliterans), der andere (Arteriosclerose) von 58 Jahren. Das Präparat stammt von einem 70-jährigen Arbeiter, bei welchem sich, bei der Section, ausser den Veränderungen an den Gefässen, Pericarditis adhaesiva chron, adhaesiones pleurae utrius cum pleuritide caseosa sin, acute Peritonitis tuberculosa und Nephritis chr. gefunden wurden.

Der Thrombus des Truncus brachiocephalicus setzte sich in die Endzweige des letzteren fort. Er war am weissesten an der lateralen Seite der carot. dextra und an der oberen Wand der Subclavia dextra und hatte nur eine feine Rinne für den Durchtritt des Blutes in der Subclavia und der Brachialis zurückgelassen. Die Verstopfung der Armgefässe war fast einen Monat vor der Verstopfung der rechten femoralis erfolgt und war nicht von Gangrän begleitet.

Die Verlegung der Femoralis dextra verursachte Gangrän des Beines. Der Patient überlebte nur um einige Tage die Thrombose. Die Gefässe besitzen ein weites Lumen, sind dünnwandig, geschlängelt, insbesondere die art lienalis; die Aorta weist stellenweise atheromatöse Plaques und Verkalkungen auf; von der A. brachialis und von der Femoralis an sind die peripheren Gefässe fast durchweg verkalkt.

Diesem Präparat wurde vom Vortragenden eine A. poplitea, welche bei einer Amputation des Oberschenkels wegen Gangräna spontanea des Unterschenkels im Jahre 1885 von ihm erhalten war, mit Endarteriitis obliterans luetica gegenübergestellt. Es war in diesem Fall die Arteriengefässwand dick, das Lumen des Gefässes relativ und absolut verengt, an demselben keine Verkalkung. Die anderen Gefässe desselben Patienten boten dieselben klinischen Erscheinungen dar und besserten sich bei Gebrauch von K. J. Die Vene war in diesem Fall auch dickwandig, nicht zusammengefallen.

Unter Hinweis auf noch einen Fall von Endarteriitis syphilitica, in welchem durch J. K. die oberflächlichen Necrosen der Haut der Zehenenden zurückging, und noch einiger Fälle, welche Vortragender als Endarteriitis obliterans non syphil. auffasst, ging er zur Beschreibung der klinischen Symptome über: Enge, festwandige elastische, kleine Pulswelle bietende Arterien; Kältegefühl in den befallenen Extremitäten, Schmerzen, Blässe und Atrophie der Haut. Schmerzen in den Muskeln, wenn die Muskelgefässe befallen sind. Unvermögen eine gewisse Strecke zu gehen. Die Beschwerden steigern sich allmählig, wie in dem einen der Fälle, welcher von Prof. Tiling mit glücklichem Ausgang operirt worden ist. In vorgeschrittenen Fällen macht der Pat. kleine Schritte beim Gehen und weist geschwächte geistige Thätigkeit auf, Umfallen beim Gehen ohne Schwindelgefühl, Nachträufeln des Urins. Späteres Auftreten von Erscheinungen der Herzhypertrophie als bei Arteriosclerose ist diesen Fällen eigen. Bisweilen kommt auch klinisch eine Combination der Endarteriitis mit Arteriosclerose vor. Vortragender gibt weiter eine Beschreibung der microscopischen Bilder, welche die eine und die andere Form der besprochenen Gefässerkrankungen aufweisen.

Er betont die Möglichkeit des Vorkommens aller zu beobachtenden Abweichungen von dem normalen Bau der Gefässe sowohl bei Endarteriitis als bei Arteriosclerose. Dennoch findet er die Bilder unter dem Microscop soweit characteristisch für jede Form einzeln genommen, dass er diese Theilung auch in Bezug auf's microscopische Aussehen für berechtigt hält.

Kleinere Zellkerne der Intima; Hyalinschollenbildung in Form von zuweilen sehr grossen Haufen in der oberflächlichen oder tiefen Schicht der Intima, schollige Entartung in der Muskularis. Zerfall der Elastica in einzelne Schichten und ausgebreitete Verkalkung und die damit verbundene Brüchigkeit der verdünnten Muscularis ist characteristisch für Arteriosclerose (hauptsächlich bei der Untersuchung der Extremitätengefässe).

Grössere Kerne der wuchernden Intimazellen, mehr Intercellularsubstanz, dickere Muscularis, vor allem aber Risse in den Elasticae, besonders der elastica interna mit Schollenbildung und sogar Knochenbildung an den Rissenden sind die gewöhnlichen Erscheinungen bei Endarteriitis. Zwischen Endarteriitis syphilitica und simplex besteht scheinbar nur eine Differenz in der Intensität des Processes.

Die Hyalinschollenbildung findet statt sowohl auf Rechnung der Intima, wie der Muscularisszellen und der Intercellularsubstanz. Für die Ursache der Schollenbildung, besonders an den Enden der Längsrisse der Elastica, hält Vortragender die Gewebsspannung. Da die Schollenbildung häufig ohne Betheiligung zelliger Elemente vor sich geht, hält H. (mit Bezugnahme auf ähnliche Beobachtungen am Bindegewebe in anderen Gebieten der pathol. Anatomie) für nothwendig anzunehmen, dass die Vorgänge in der Grundsubstanz, abgesehen von der Zellenthätigkeit auch durch physischchemische Vorgänge im Organismus beeinflusst werden.

Die symptomatologischen und prognostischen Erscheinungen beider Formen der Gefässerkrankung stellt H. einander folgendermassen gegenüber:

Arteriosclerose:

1. Kommt häufiger vor im späteren Alter.
2. Die Venen an den Füssen sind sichtbar.
3. Die Gefässe sind geschlängelt, weit, dünnwandig, hart.
4. Wenn auch selten, kommt Thrombose in grossen Gefässen vor.
5. Neigung zu Aneurysmenbildung, frühe Betheiligung der Aorta und des Herzens am Process.
6. Gehirnhämorrhagie mit Verlust des Bewusstseins während der Attaque. Unvollkommene Herstellung der Lähmungen.
7. Als sozusagen normale Enderscheinungen: Nierenerkrankung und Herzschwäche.

Endarteriitis:

1. Kommt vor nach dem 20. Jahre und bis in's späte Alter.
2. Die grösseren Venen des Unterhautzellgewebes sind nicht sichtbar.
3. Das Lumen der Arterien ist klein, die Gefässwand dick, fest elastisch. Gefässe nicht geschlängelt.
4. Obliteration der Gefässe oder Thrombenbildung in kleineren Gefässbezirken.
5. Wenig Neigung zu Aneurysmenbildung. Späte Betheiligung der Aorta oder des Herzens am Krankheitsprocess der Gefässe.
6. Häufiger vorübergehende ohne Bewusstseinsstörung allmählig einsetzende Paresen.
7. Gehirnerweichung, Marasmus, spontane Gangraen.

(Autoreferat.)

Herr Westphalen glaubt, dass die beiden vom Vortragenden angenommenen Formen der Gefässerkrankungen sich vollständig mit der nodösen und diffusen Arteriosclerose Thoma's decken, wobei erstere der Endarteriitis, letztere der Sclerose Hagentorn's entspricht. W. referirt die Anschauungen Thoma's, wobei er mit demselben die Atrophie der Media hervorhebt und auf die Paraffininjectionsversuche und Durchströmungsversuche desselben hinweist. An den demonstrirten microscopischen Präparaten des Vortragenden resp. den Zeichnungen von Gefässdurchschnitten will Westphalen keine Endothelwucherungen zugeben, weil Hagentorn keine karyokinetischen Figuren am Endothel nachgewiesen habe. Die vom Vortragenden demonstrirte Auffaserung der Elastica hält W. für nicht pathologisch, sondern für physiologisch, dasselbe gelte auch von den Rissen in der elastischen Membran, die aber auch Kunstprodukte sein könnten.

Herr Moritz schliesst sich insofern Hagentorn an, als er die Eintheilung der Gefässerkrankungen in 2 grosse Gruppen als richtig anerkennt. Es giebt aber Fälle, die nicht so prägnant ausgesprochene Formen darstellen und in keine der beiden Gruppen hineinpassen. So sieht man gerade an der Coronarsclerose an einigen Stellen Erweiterung und Verkalkung der Gefässe, in anderen Bezirken Wandverdickung und Thrombenbildung. Histologisch sind vielleicht beide Pro-

cesse nicht so verschieden. Spontane Gangrän beruht immer auf autochthoner Thrombose und nicht auf Embolie.

Herr Tiling wendet sich gegen die Anschauung Westphalen's, dass eine Intimawucherung nicht bewiesen sei und beruft sich dabei auf Orth, der die proliferirende Endarteriitis von der degenerativen sondert, und die Intimawucherungen abbildet. Ebensowenig entsprechen die Intimaflecken stets einer Erkrankung der Muskulatur (Köster.) Die Muskelaffection hat keine primäre Bedeutung.

Herr Heuking sieht die Proliferation des Endothels als erwiesen an, auch karyokinetischen Figuren sind in demselben z. B. von Senn beobachtet worden. Letztere kommen selten zu Gesicht, wenn die Untersuchungsobjecte von Leichen stammen, bei experimentellen Arbeiten kann man sie wohl sehen. Auch sonst werden Endothelwucherungen allgemein angenommen, so z. B. beim Angiosarkom oder bei Wucherungen des Endothels in die Thromben hinein, aus denen das Bindegewebe hervorgeht.

Herr Westphalen giebt derartige Endothelwucherungen zu.

Herr Hagentorn glaubt, dass Herr Westphalen deswegen mit der Deutung seiner microscopischen Bilder nicht einverstanden sei, weil er, wie die meisten Untersucher, seine Studien an den grössten Gefässen gemacht habe. An peripheren Gefässen seien atheromatöse Erscheinungen sehr selten. An Gefässen von dem Caliber einer Tibialis post. ist Faserung der Elastica nie eine physiologische, sondern stets eine pathologische Erscheinung und zwar kommt sie stärker bei Arteriosclerose, schwächer bei Endarteriitis vor. Die von ihm beschriebenen Formen erhält H. aufrecht, auch besteht er auf dem Vorkommen von Intimawucherungen. Die Karyokinese ist im Bindegewebe viel seltener als im epithelialen Gewebe, selbst der Mangel derselben bei Endarteriitis proliferans spricht nicht gegen eine Endothelwucherung.

Vermischtes.

— Am 5. Januar beging der Gehülfe des Directors des hiesigen Marienhospitals, wirkl. Staatsrath J. J. Ssabinski sein 30jähriges Dienstjubiläum am genannten Hospital, bei welcher Gelegenheit ihm Jetons von den Collegen und von den Feldschern des Hospitals dargebracht wurden.

— Am 7. Januar feierte der Consultant für Frauenkrankheiten beim Roshdestwenski Barackenlazareth und Ordinator am Alexanderhospital für Arbeiter, Dr. J. A. Dembo das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Ordensverleihungen: der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Professor der speciellen Pathologie und Therapie in Kiew, wirkl. Staatsrath Dr. Tritschel und dem Professor der operativen Chirurgie in Charkow, wirkl. Staatsrath Dr. Dudukalow. Der St. Stanislaus-Orden II. Classe — den Professoren der Universität Jurjew Gubarew (Gynäkolog) und W. Afanasjew (Patholog), sowie dem älteren Arzt der St. Petersb. Augenheilanstalt Dr. Germann. Der St. Stanislaus-Orden III. Classe — dem Arzt des hiesigen patriotischen Instituts Dr. A. Taube und dem ausseretatm. Ordinator am hiesigen Elisabeth-Kinderhospital, Dr. M. Abelmann.

— Verstorben: 1) In Orenburg der ehemalige Gebietsarzt des Turgai-Gebiets H. W. Jurezki, an Sclerose der Coronarterien im 63. Lebensjahre. Der Verstorbene hat als Militärarzt sowohl den Feldzug zur Unterjochung des Kaukasus als auch den letzten türkischen Krieg mitgemacht. Nach 37jährigem Dienst nahm er im vorigen Jahre seinen Abschied. 2) In Rostock der Professor ord. der Anatomie Dr. Albert v. Brunn im Alter von 46 Jahren. B. war früher Privatdocent in Göttingen. von wo er 1883 auf den Lehrstuhl der Anatomie in Rostock berufen wurde.

— Der ehemalige Medicinalinspector von Estland, Dr. N. v. Krusenstiern, welcher zuletzt Oberarzt des Kurskschen Gouvernements-Landschaftshospitals war, ist als Oberarzt nach Shitomir versetzt worden.

— Der berühmte Physiolog Prof. du Bois-Reymond hat das Amt des ständigen Secretärs der mathematisch-physikalischen Klasse der Berliner Academie der Wissenschaften, welches er 28 Jahre hindurch bekleidete, niedergelegt und ist zu seinem Nachfolger der bekannte Anatom Prof. Waldeyer gewählt worden.

— In Leipzig sind die Privatdocenten der inneren Medicin Dr. His und Dr. Romberg, sowie der Privatdocent der Augenheilkunde Dr. Hess zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Am 7. Januar beging der Nestor der Tiroler Aerzte, Dr. Franz Tappeiner in Meran, seinen 80. Geburtstag in voller geistiger und körperlicher Frische. T. ist in weitesten medicinischen Kreisen durch seine grundlegenden Versuche bezüglich der Uebertragbarkeit der Tuberculose auf dem Wege der Einathmung bekannt geworden. Seine Ansicht ist später durch die Untersuchungen R. Koch's bestätigt worden. Für seine Verdienste um den Curort Meran hat die Stadt ihn schon vor Jahren zum Ehrenbürger ernannt und eine der schönsten von ihm angelegten Anlagen des Ortes nach ihm benannt.

— Das Vermögen der Hauptverwaltung der Russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug bei der am 2. Januar vorgenommenen Revision der Kasse im Ganzen 4,325,877 Rbl. 68¾ Kop.

— Die Wittwe des verstorbenen verdienstvollen hiesigen Verlagsbuchhändlers für russische medicinische Werke Carl Ricker, hat dem Comité der medicinischen Unterstützungscasse 5000 Rbl. als Vermächtniss ihres Mannes übermittelt.

— Der nächste Cyclus der Feriencurse für praktische Aerzte beginnt in Berlin am 2. März und dauert bis zum 28. März.

— Dr. Hawkin, welcher mit seinen Schutzimpfungen gegen die Cholera, zu denen er ausschliesslich frisches lebendes Choleravirus benutzte, beachtenswerthe Erfolge in Indien erzielt hat, beginnt jetzt Versuche anzustellen, durch Anpassung der Antitoxinserumbehandlung und Combination der beiden Impfmethoden nicht blos eine präventive Wirkung, sondern eine directe Heilung auch im acuten Stadium der Cholera zu erreichen. Die betreffenden Arbeiten werden in den Laboratorien zu Nettey Abbey gemacht.

— In Kiew hat die 1887 gegründete Gesellschaft für Militär-Sanitätswesen ihre Thätigkeit nach mehrjähriger Unterbrechung wieder aufgenommen. Zum Präsidenten ist der Militär-Medicinalinspector Dr. Geltowski, zum Vicepräsidenten General Frolow und zum Secretär Dr. Kianizyn gewählt worden.

— Die Choleraepidemie in Russland weist nach dem letzten Bulletin des Medicinaldepartements folgende Zahlen auf: In St. Petersburg (Stadt) erkrankten vom 30. December bis 6. Januar 24 und starben 10 Personen. Am 5. Januar befanden sich in den städtischen Hospitälern 35 Cholerakranke. Im Gouv. St. Petersburg kamen vom 17.—30. December 8 Neuerkrankungen und 3 Todesfälle und im Gouv. Kiew in derselben Zeit 9 Erkrankungen und 5 Todesfälle an der Cholera vor.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Januar d. J. 8062 (185 mehr als in d. Vorw.), darunter 1497 Typhus — (101 mehr), 705 Syphilis — (24 mehr), 162 Scharlach — (11 mehr). 50 Diphtherie — (0 wenig.), 124 Masern — (32 mehr), und 23 Pockenkranke — (3 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Müllerheim. Untersuchung der Gebärenden. Berlin, Coblenz 1895.

Elsner. Praxis des Chemikers Liefg. 4. 5. 6. Hamburg u. Leipzig. Voss 1895.

Deutschmann. Augenheilkunde (Sonderabdruck). idem.

Schilling. Diätotherapie. Wiesbaden, Bergmann 1895.

Herz. Kritische Psychiatrie. Wien, Prochaska 1895.

Ruault. Phenol sulforiciné dans la Tuberculose laryngée. Paris, Massou 1895.

Мункъ, Уффельманъ. Кормленіе больныхъ. Риккеръ, Петербургъ 1897.

Тауберъ. Топографическая анатомія. Вып. IV, Риккеръ, Петербургъ 1895.

Фейгинъ. Запоры и Геморрой. Шгольценбургъ, Петерб. 1895.

Ribot. О чувственной памяти. Казань 1895.

Report of the Departament of Health of the City of Chicago.

Durante. Trattato di Patologia e Terapia chirurgica. Vol. I. Roma, Alighieri 1895.

Roth. Meralgia paraesthetica. Berlin, Karger 1895.

Neugebauer. Verwachsungen und Verengerungen der Scheide. ibidem.

Baccelli. Studien über Malaria. ibidem.

Landau. Geschichte der jüdischen Aerzte. ibidem.

Strassmann. Schemata zur Eintragung des Befundes der geburtshilflichen Untersuchung. ibidem.

Kaliski. Therapeutisches Vademecum. ibidem.

Münchener medicinische Abhandlungen. 61. und 62. Heft. München, Lehmann 1895.

Schaeffer. Atlas der Lehre vom Geburtsakt. ibidem.

Jakob. Nervenatlas. ibidem.

Нотнагель. Россбахъ. Фармакологія. Часть I и II. Петербургъ, Риккеръ 1895.

Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Выпускъ. 2 и 3. ibidem.

Ученыя записки Императорскаго Юрьевскаго университета. № 2. Юрьевъ, Маттисенъ 1895.
Buschan. Bibliographischer Semesterbericht über Neurologie und Psychiatrie. Erster Jahrg. 1. Hälfte. Jena, Fischer 1895.
Biedermann. Elektrophysiologie. Abth. II. ibidem.
Weismann. Zur Vererbungsfrage. ibidem.
Neumeister. Physiologische Chemie. II. Theil. ibidem.
Haug. Klinische Vorträge. Heft I, 2—4.
Schreiber. Arzneiverordnungen. Frankfurt a. M., Alt 1895.
Hüetlin. Recepttaschenbuch. Wiesbaden, Bergmann 1895.
Philippson, Förök. Diagnostik der Hautkrankheiten. ibidem.
Ungarisches Archiv für Medicin. III. Band. 3/4 Heft. ibidem.
Pfeiffer. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Wien 1894. ibidem.
Pollatschek. Therapeutische Leistungen des Jahres 1894. ibidem.
Lang. Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. I. Abtheilung. ibidem.
Kochbuch für Zuckerkranke und Fettleibige. ibidem.
Wiederhold. Nervenschwäche. ibidem.
Wolff. Ueber den Einfluss des Gebirgsklimas auf den gesunden und kranken Menschen. ibidem.
Greeff. Gebrauch des Augenspiegels. ibidem.
Loewenfeld. Die moderne Behandlung der Nervenschwäche. ibidem.
Schmidt. Beiträge zur Blutlehre. ibidem.
Bergh. Allgemeine Embryologie. Wiesbaden, Kreidel 1895.
Toldt. Anatomischer Atlas. I. Liefg. 1—10. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1896.
Remak. Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. ibidem 1895.
Lange. Schemata zum Einzeichnen ophtalmologischer Krankheitsbefunde. Braunschweig, Bruhn 1894.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Dec. bis 6. Januar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
407	344	751	113	55	119	24	14	22	87	61	67	60	77	35	11	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 35, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 4, Masern 26, Scharlach 23, Diphtherie 14, Croup 4, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 47, Erysipelas 2, Cholera nostras 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 33, Krankheiten des Verdauungscanals 54, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. Januar 1896.
Tagesordnung: Dr. Moritz: Cysticercus im Gehirn.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. Januar 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. В. просп. д. 5, кв. 18.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülsen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 13 Января 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, 20. Januar (1. Februar) **1896**

Ein Fall von Gallensteinen mit Ruptur der Gallenblase.

Von

Dr. med. Z. Schabad.

(Vortrag, gehalten den 12. October 1895 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna).

Die Kleinbürgerin A. P. 26 Jahre alt, trat am 21. Juli 1895 ins Hospital «St. Jacob» zu Wilna, mit Klagen über heftige Schmerzen im Leibe. Ihre Krankheit begann vor 3 Tagen, d. h. am 18. Juli, scheinbar ohne jegliche Ursache; die Kranke will keine Lasten gehoben, noch irgend welche Diätfehler begangen haben. Die Krankheit begann plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leibe und Erbrechen, welches am ersten Tage sich 5 mal wiederholte. In den folgenden Tagen wurde das Erbrechen geringer. Der Stuhl war normal. Pat. will früher nie krank gewesen sein, ist verheirathet und hat 2 gesunde Kinder geboren — das erste vor 2 Jahren, das letzte vor 4 Wochen im Spitale mit vollkommen normalem Verlauf. Die Kranke stand am 8. Tage auf, verliess bald darauf das Hospital, und fühlte sich bis zu ihrer gegenwärtigen Erkrankung völlig wohl.

Status praesens. Pat. ist von mittlerem Körperbau und schlechter Ernährung. Unterhautzellgewebe und Muskeln schwach entwickelt. Haut und sichtbare Schleimhäute blass; Haut trocken, kein Icterus, kein Ausschlag. Pat. macht den Eindruck einer schwer Kranken; der Gesichtsausdruck ein leidender (facies hippocratica). Temp. 38,5—39,2. Schüttelfröste, starke Schwäche. Zunge belegt und trocken. Am Zahnfleisch unbedeutender fuliginöser Belag. Grosser Durst, Appetit nicht vorhanden. Kein Erbrechen, einmal Stuhl mit Schmerzen. Die Entleerung wurde nicht untersucht, nach Angabe flüssig, nicht reichlich. Der Leib stark aufgetrieben und äusserst empfindlich; der geringste Druck verursacht heftige Schmerzen. Die Empfindlichkeit des Abdomen ist überall gleichmässig stark. Die Percussion giebt an den tiefer liegenden Stellen des Leibes gedämpften, an den übrigen — tympanitischen Schall. Genauere Untersuchung ist der Empfindlichkeit wegen unmöglich. Das Diaphragma ist etwas nach oben verdrängt. Die obere Lebergrenze beginnt um eine Rippe höher, als normal; der untere Rand ist nicht zu fühlen. Unter den Rippenbogen giebt die Percussion einen leicht gedämpften Schall. Die Milz ist ebenfalls nicht tastbar. — Aus der Vagina scheidet sich eine blutiggefärbte Flüssigkeit aus. Der Harn intensiv gefärbt, von saurer Reaction, enthält Spuren von Eiweiss, weder Indikan, noch Gallenpigment. Puls 108 Schläge in der Minute, regelmässig, von geringer Füllung. Percutorische Grenzen normal, Töne rein. In den Lungen sind rauhes Athmen und stellenweis trockne Rasselgeräusche hörbar.

Bewusstsein vollkommen normal, kein Kopfschmerz. Von Seiten des Nervensystems keine Erscheinungen. Schlaf schlecht,

Verordnet wurde: Opii puri 0,02 Coffeini natro-salicyl. 0,1. MDS. 6 Pulver täglich; Wein, Eisbeutel auf den Leib.

Der weitere Verlauf war folgender:

22. Juli. Temp. M. 39,3, Ab. 39,5. Puls rad. 120, von schwacher Füllung. Die Empfindlichkeit im Abdomen ist hauptsächlich rechterseits zu constatiren. Angefangen vom rechten Rippenrande in der Richtung zur Symphyse ist eine grössere Resistenz, als linkerseits, fühlbar; percutorisch ist hier auch der Ton gedämpft. Die Bewegung der Beine im Hüftgelenk ist sowohl rechts, wie links, gleichmässig schmerzhaft.

23. Juli. Temp. Morg. 39,2, Ab. 39,2. P. rad. 100. Die Erscheinungen rechts im Abdomen sind ohne Veränderung. Stuhlgang ein Mal nach Klystier. Der Ausfluss aus der Scheide dauert fort. Es werden Scheidenausspülungen mit Lysol verordnet. Rechterseits hinten steht das Diaphragma um eine Rippe höher (an der 10. Rippe) als links, Respiration normal.

24. Juli. Temp. M. 39,0, Ab. 39,5. P. rad. 100, regelmässig, von mittlerer Füllung. Die Resistenz rechterseits im Abdomen, welche sich von oben aussen nach unten und innen, vom Rippenbogen bis zur Symphyse, erstreckt, tritt jetzt deutlicher hervor.

25. Juli. Temp. M. 38,0, Ab. 39,0. Allgemeingefühl besser. Schmerzhaftigkeit des Abdomens geringer. Die Pat. klagt über Urinretention. Die äusseren Geschlechtstheile erscheinen bei der Untersuchung geschwellt, hyperämisch und schmerzhaft bei Berührung. Der Harn, durch den Katheter gewonnen, ist äusserst concentrirt, leicht icterisch (nicht sehr deutlich ausgesprochener farbiger Ring mit HNO_3), enthält Spuren Eiweiss.

26. Juli. Temp. M. 38,0, Ab. 38,0. Puls rad. 112. Empfindlichkeit, wie Resistenz des Abdomen ohne Veränderung. Der Harn wird wieder mit dem Katheter abgelassen. 1 Mal Stuhl.

27. Juli. Temp. M. 37,8, Ab. 38,5. P. rad. 120. Kein Schüttelfrost, geringer Schweissausbruch. Das Uriniren frei; im Harn etwas Eiweiss.

28. Juli. Temp. Morg. 39,0, Ab. 39,0. Schmerzen im Leibe werden wieder stärker. Urinirt frei. 3 Mal flüssiger Stuhl. Die Schleimhaut der äusseren Geschlechtstheile, wie der Scheide, geschwellt.

29. Juli. Temp. M. 37,0, Ab. 39,0. P. rad. 100. Häufige flüssige schmerzhafte Entleerungen mit Tenesmen und Prolaps des Rectum. Letzteres wird bis zur Krankenvisitation durch den Feldscher reponirt. Die Stuhlentleerungen zu sehen gelang mir nicht.

Ordination: Bismuth. salicyl. 0,5, Opii puri 0,02. MDS. 3 mal täglich und Suppositorien aus: Extr. opii aq. 0,02 Tannini 0,1 Butyr. cacao 2,0, MDS. 2 mal am Tage.

30. Juli. Temp. M. 37,9, Ab. 38,8. P. rad. 112. Der Leib ist weniger aufgetrieben, als am Anfang. In der ganzen rechten Hälfte des Abdomen fühlt man deutlich eine auf Druck schmerzhafte Resistenz, kein Stuhl.

31. Juli. Temp. M. 37,3, Ab. 39,0. Status idem. Kein Stuhl. Pat. ist sehr schwach und heruntergekommen. Auf dem Zahnfleisch und der Zunge fuliginöser Belag. — Ordination: Wein und Tropfen aus: T-rae valer. aeth. 25,0, T-rae opii spl.

1. August. Temp. M. 38,0, Ab. 39,4. Bei der gynäkologischen Untersuchung, zusammen mit Collegen Dr. Kahn, wurde folgender Befund aufgenommen: Die Schleimhaut der Scheide ist hyperämisch und geschwellt. Portio vaginalis kurz und geht direct in die fast verstrichenen Scheidengewölbe über. Rechterseits an der Portio vaginalis eine Emmett'sche Ruptur. Rechterseits im Parametrium, wie auch im Douglas, lässt sich deutlich ein nicht genau abgrenzbares Exsudat palpiren. Ovarien sind nicht zu fühlen. Uterus anteflectirt, etwas vergrössert. — Ordination: Ol. Ricini.

2. August. Temp. Morgens 38,7, Ab. 39,6. P. rad. 112. Auf Ol. Ricini erfolgte 2 Mal Stuhl. Die Empfindlichkeit im Leibe ist geringer.

3. August. Temperatur Morg. 38,9, Ab. 39,4. Status idem.

4. August. Temp. Morg. 39.3, Ab. 39,5, 1 mal flüssiger Stuhl. Im Uebrigen Status idem.

5. August. Temp. Morg. 40,3, Ab. 40,0. Puls rad. 120. Subjectives Befinden etwas besser, obgleich die Kranke sehr schwach ist. Der Leib aufgetrieben, doch weniger schmerzhaft. Bei wiederholter gynäkologischer Untersuchung zusammen mit Dr. Kahn, erwiesen sich die äussern Geschlechtstheile weniger geschwellt und weniger hyperämisch, als früher. Im rechten Scheidengewölbe ist die Resistenz, sowohl wie die Empfindlichkeit, bedeutend geringer. Bei der Untersuchung per rectum lässt sich an seiner vorderen Wand, etwa auf Fingerlänge entfernt, eine etwa 3 Kop Stück grosse Oeffnung constatiren, welche in eine Höhle führt, deren Wände genau abzutasten nicht gelingt. Durch eine in diese Höhle mit einiger Schwierigkeit, mit Hilfe der Kornzange, eingeführte Drainageröhre, geht eine gelbliche Füssigkeit ab, die ein Gemisch von flüssigem Koth, ein wenig Blut und Eiter darstellt. Durch die Drainage wird die Höhle, sowohl wie das Rectum, gehörig ausgespült, wobei sich ziemlich viel gelblicher Koth entleert. — Ordination: Camphorae 1,0, T rae valer. aeth. Liq. anod. Hoffm. āā 10,0 und Wein.

6. August. Temp. Morg 38,4, Ab. 37,5. Puls klein, schwach. Die Kranke fühlt sich schlechter. 7 mal flüssiger Stuhl.

7. August. Temp. Morg. 39,4, Ab. 39,5. P. r. 120, von etwas besserer Füllung. Der Leib weniger aufgetrieben. In der rechten Seite des Abdomen vom Rippenbogen bis zur Ileocoecalgegend ist die Empfindlichkeit nicht verandert. Stuhl 3 mal.

8. August. Temp. Morg. 38,0, Ab. 37,3. P. r. 120 schwach. Der Leib gar nicht mehr aufgetrieben, jedoch fühlt man, wie vorher, an seiner rechten Seite die auf Druck schmerzhafte Resistenz. An der rechten Axillarlinie, an der 7. Rippe und ebenfalls ein wenig nach hinten, ist percutorisch der Schall gedämpft, und lässt sich pleuritisches (diaphragmatisches?) Reiben und einige feuchte kleinblasige Rasselgeräusche hören. Im übrigen ist an den Lungen rauhes vesiculäres Athmen zu hören.

9. August. Temp. Morg. 37,5, Ab. 37,5. Allgemeingefühl besser Die Empfindlichkeit im Leibe geringer. Die Schwäche nimmt zu.

10. August. Temp. Morg. 37,3, Abends 37,1. P. r. 130. Die Kranke ist sehr schwach, Zunge trocken, am Zahnfleisch fuliginöser Belag. Stuhl 2. Mal.

11. August. Temp. Morg. 37,0. Die Kranke ist äusserst schwach.

Abends 7 Uhr — mors.

Auf Grund des oben beschriebenen klinischen Bildes konnte bei Lebzeiten der Kranken keine sichere Diagnose gestellt werden. Es war klar, dass wir es hier mit einer acuten Peritonitis zu thun hatten, jedoch liess sich die Ursache derselben nicht eruiren. Eine Erkrankung des Wurmfortsatzes — Typhlitis, Peri und Paratyphlitis — konnte vermuthet, aber nicht bewiesen werden, es war keine Obstipation vorhanden, die diese Krankheit charakterisirt, Dämpfung. wie Empfindlichkeit, war nicht ausschliesslich in der Ileo-coecalgegend localisirt. Ferner konnte an eine Peri-Parametritis gedacht werden, wenn man die kurze Zeit nach der Geburt mit in Betracht zieht; allerdings bleibt es auffallend, dass die Erkrankung erst 4 Wochen post partum aufgetreten sein soll. Zwar konnte bei der ersten gynäkologischen Untersuchung im rechten Parametrium, wie im Douglas, eine nicht abgrenzbare Resistenz gefühlt werden, jedoch erstreckte sich dieselbe viel zu weit, etwa der Richtung des Psoas folgend, nach oben, als dass eine uncomplicirte Peri-Parametritis hätte angenommen werden können. In wie weit etwa die Ovarien am Process betheiligt waren, liess sich, durch die Unmöglichkeit sie zu palpiren, ebenfalls nicht erkennen. Eine etwaige Erkrankung der rechten Niere konnte ebenfalls ausgeschlossen werden, da der Urin frei von Blut und Eiter war. Von Seite des Darmtractus konnte weder an einen Volvulus, noch an eine Intussusceptio, gedacht werden, da der Darm offenbar völlig durchgängig war. Für eine Erkrankung der Leber, die als Ausgangspunkt des klinischen Bildes hätte dienen können, etwa für eine Hepatitis oder Leberabscess, waren wenig Anhaltspunkte vorhanden, da weder Icterus, noch sonst irgend welche Symptome einer Gallenretention nachgewiesen werden konnte. Die Existenz einer Perihepatitis hätte allenfalls zugegeben werden können, doch hätte diese auch als Folgeerscheinung der allgemeinen Peritonitis angesehen werden können. Wir erwarteten bei der Section am ehesten eine Entzündung der Organe der Ileo coecalgegend oder der rechtseitigen Anhänge des Uterus mit Eitererguss in den Douglas, der sich durch die oben angegebene Oeffnung im Rectum den Weg nach aussen gebahnt hatte, zu finden. Wir suchten daher auch bei der Autopsie in erster Linie die Bestätigung dieser Voraussetzung.

Die Section, die ich 42 Stunden nach dem Tode der Pat. mit Hilfe von Collegen Kahn und in Anwesenheit der Collegen des Hospitals, ausführte, ergab folgendes:

Die weibliche Leiche ist äusserst abgezehrt, die Hautdecken nicht icterisch verfärbt; Fettpolster fast gänzlich geschwunden. Im Abdomen deutlich ausgesprochene Peritonitis mit frischen Verklebungen. Das Netz hyperämisch, verdickt, die Serosa getrübt. Das viscerale Peritoneum der Därme war stellenweise recht fest mit dem parietalen der vorderen Bauchwand, namentlich in der Ileo-coecalgegend, verwachsen. Mit Mühe gelingt es die mit einander verwachsenen Darmschlingen, ohne sie zu verletzen, von einander zu trennen. Es lassen sich ferner Verwachsungen der Därme mit der Harnblase, dem Uterus und seinen Adnexen feststellen. Noch schwieriger ist die Lösung der Därme von einander in der Ileocoecalgegend und bietet es daher einige Schwierigkeit das Verhältniss des Blinddarms zum Wurmfortsatz festzustellen. Ueberall Anzeichen entzündlicher Verklebungen. Nachdem nun vorsichtig eine Darmschlinge von der anderen bis zum Mesenterium freigelegt und die Darme nach links herausgewälzt worden waren, konnte folgender Befund constatirt werden:

An der hinteren parietalen Wand im Abdomen befand sich eine geringe Menge einer gelblichen Flüssigkeit (Galle) mit leichtem Kothgeruch. Zwischen den Dünndarmschlingen fand sich ein Stein von unregelmässiger Form von der Grosse einer Wallnuss und hierauf fanden sich noch zwei ähnliche. Eine Darmperforation konnte beim Suchen nicht gefunden werden. Nach Befreiung der Darmschlingen vom Uteruskörper und seiner hinteren Wand gelangten wir in den Douglas; im selben liegen ringsum Stücke abgestorbener Gewebe. An der vorderen Wand des Douglas direct in das fest derselben anliegende Rectum führt eine mit etwas verdickten Randern versehene Oeffnung von der Grösse eines 3 Kopekenstückes. Es ist das die Oeffnung, die bei Lebzeiten constatirt werden konnte, da die Sonde. vom Rectum aus eingeführt, in diese Oeffnung dringt. Vom oberen Theil des Rectum ergiessen sich Kothmassen in den Douglas. Bei Unterbindung dieses Stückes hört auch der Zufluss auf. Blinddarm, Wurmfortsatz und unterer Abschnitt des Dünndarms, mit Ausnahme der peritonitischen Verwachsungen, normal.

Der Zwölffingerdarm ist durchweg mit dem Netz und den Nachbarorganen verwachsen; seine Wände sind leicht zerreissbar. Die Leber erscheint in situ, vergrössert und zwar hauptsächlich ihr rechter Lappen. Die ganze Leber erscheint an ihrer Oberfläche getrübt, ihre gesammte Peritonealbekleidung ist mit dem Diaphragma verwachsen, welches sich von oben leicht, rechterseits nur ein wenig nach unten mit grosser Mühe abtrennen lässt. Beim Umklappen der Leber nach oben zur Brusthöhle zu, zeigt es sich, dass in Wirklichkeit keine Gallenblase mehr vorhanden war, — es waren von derselben nur Theile ihrer zersetzten Wand übrig geblieben, in welcher sich noch zwei Steine (offenbar Gallensteine) vorfanden, genau von derselben Beschaffenheit, wie die vorigen. Zwischen den zersetzten Fetzen der Gallenblase, dem Zwölf-

fingerdarm und dem rechten unteren Leberabschnitte, neben dem Foram. Winslowii, befindet sich eine völlig unbedeckte Höhle, die mit Stücken abgestossenen Gewebes und Fibringerinnseln ausgefüllt war. Der rechte untere Leberrand, der in dieser Höhle lag, war gangränescirt. Der Ductus choledochus war nicht erweitert, durchgängig, überhaupt völlig normal. Vom Ductus cysticus waren nur noch Spuren vorhanden. Der rechte Leberlappen auf dem Durchschnitte hyperämisch, in seinem unteren Abschnitte gangränescent. Der linke Leberlappen völlig normal. — Die Schleimhaut des Magen-Darmkanales völlig normal. — Das Pankreas von gut conservirter Lappung, fester Consistenz und hyperämisch. — Die Milz vergrössert, schlaff, hyperämisch; auf dem Durchschnitte ist die Pulpa mit dem Messer leicht abzuschaben. — Beide Nieren vergrössert, schlaff, die Kapsel leicht abziehbar. Die Oberfläche leicht marmorirt, trübe, stellenweise von gelblicher Färbung. Harnblase gefaltet. Ureteren normal. Der Uterus ist vergrössert und, wie bereits gesagt, mit den Därmen verwachsen. Die Adnexe sind normal, jedoch mit in den peritonitischen Process hineingezogen.

Lungen hyperämisch, überall lufthaltig, knirschend. An ihrer unteren Fläche ist die rechte Lunge mit der Pleura diaphragmatica verwachsen. Die linke Lungenspitze ist mit der sie bedeckenden Pleura verwachsen. Die Bronchialdrüsen sind vergrössert, eine von ihnen ist steinhart, völlig verkalkt. — Das Herz von normaler Grösse, seine Wände schlaff, die Musculatur von leicht gelblicher Farbe. Die Klappen und Intima der Aorta normal. — Schädelhöhle nicht eröffnet.

Diagnosis anatomica. Peritonitis acuta fibrinosa adhaesiva. Cholelithiasis. Perihepatitis dex. Gangraena et ruptura vesicae felleae. Gangraena partis hepatis (lob. dex.) Pancreatitis. Abscessus hepato (vesico-duodenalis. Abscessus in spatio Douglasio et perforatio recti. Perimetritis et perioophoritis. perityphlitis consecutivae. Nephritis parenchymatosa incip. Tumor lienis acut. Pleuritis diaphragmalis dex. Calcificatio gland. bronchialis

Die Gallensteine[1]), die aus der Bauchhöhle herausgenommen wurden, sind von polyedrischer Form, 5–6 eckig, mit glatten, gleichsam abgeschliffenen Flächen und mit einer Menge kleiner Facetten und Flächen versehen. Die Steine haben eine Länge von 1½ Ctm. und sind stellenweise von matt weisslich gelber, stellenweise brauner Farbe; sie sind sehr leicht und schwimmen im Wasser. Auf dem Durchschnitte ist ein Kern im Centrum sichtbar, der aus einer schwammigen braunen Masse besteht; es folgt dann ein mittlerer Ring, der ein streifenförmiges, strahliges Aussehen hat und aus concentrischen Schichten, ähnlich wie auf dem Querschnitte eines Baumes, besteht; endlich dient als äusserste, den Stein umgebende Schicht, eine dünne Schaale oder Rinde. Dieser Unterschied im Bau des Steines lässt sich nicht auf jedem Durchschnitt beobachten. Aeusserlich ist schwer zu erkennen, nach welcher Richtung der Stein zu durchsägen ist. Bei der chemischen Untersuchung des zerriebenen und ausgetrockneten Steines (man erhält ein feines gelbes Pulver) findet man unter anderem Bilirubin (man löst das Pulver in Salzsäure und schüttelt es mit Chloroform durch), Cholesterin (Kochen mit Alcohol — rothe Verfärbung der Schwefelsäure) und Kalk.

Den Krankheitsprocess bei unserer Pat. kann man sich etwa folgendermaassen vorstellen:

Lange Zeit befanden sich in der Gallenblase Gallensteine, welche vermöge ihrer Grösse keinerlei Neigung zeigen konnten, sich durch den ductus cysticus in den ductus choledochus zu entleeren, worüber übrigens auch das völlig normale Aussehen des letzteren Ausschluss giebt. Der fortwährende Reiz, den die Steine auf die Schleimhaut der Gallenblase ausübten, führte zur Verengerung derselben, zur Obliteration des Gallenganges, was wiederum eine Vergrösserung der Gallensteine zur Folge haben konnte. Dieser ganze Process spielte sich offenbar chronisch ab, da er keine Anfälle von Gallenkolik hervorrief; jedenfalls war anamnestisch darüber nichts zu eruiren. Allmählich verdünnten sich die Wände der Gallenblase durch den fortwährenden Reiz, den die Steine auf dieselben ausübten (Reibung, Druck), und wurden gangränescirt. Unter dem Einfluss irgend einer Ursache (vielleicht war hierbei auch die letzte Geburt von Einfluss) riss die Gallenblase ein, die Galle ergoss sich dann in die Bauchhöhle ringsum, eine allgemeine Entzündung des Peritoneums hervorrufend. Hauptsächlich localisirte sich der Entzündungsprocess in der Gegend der Gallenblase, indem er die peritoneale Bekleidung der Leber und des Zwölffingerdarms ergriff. Von hier aus ergoss sich die Galle, zusammen offenbar mit eitererregenden Substanzen, am Colon ascendens entlang nach abwärts ins kleine Becken und in den Douglas und brach hier durch das Rectum hindurch nach aussen. Die Gallensteine blieben theilweise an ihrem Entstehungsorte, theilweise gelangten sie in die Bauchhöhle und endlich vielleicht auch durch den Douglas und das Rectum nach aussen. Die Durchbruchsöffnung im Rectum war jedenfalls genügend gross, um die Steine passiren zu lassen. Leider konnte der Stuhl nicht immer untersucht werden und liegt daher auch kein Grund vor sich im positiven Sinne über diesen Ausgang auszusprechen.

[1]) Demonstrirt in der Wilnaer medicin. Gesellschaft.

Der vorliegende Fall hat sowohl klinisches, wie pathologisch-anatomisches Interesse.

Er zeigt erstens, dass Gallensteine lange sich in der Gallenblase befinden können, ohne auch nur irgendwie Störungen im Organismus oder irgend welche Symptome von Gallensteinkoliken hervorzurufen. Zweitens muss erwähnt werden, dass die Pat. mit den Erscheinungen der Perforationsperitonitis noch ganze 25 Tage, also verhältnissmässig sehr lange lebte. In den in der Literatur verzeichneten Fällen von Ruptur der Gallenblase gingen die Kranken in 2—3 Tagen zu Grunde (Schüppel, Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol und Ther. Bd. VIII, Th. 1. Russ Uebers. 1882, p. 585). Der Ausgang der Erkrankung selbst gehört auch nicht zu den häufigen Erscheinungen. Es sind Fälle von Ausbruch von Gallensteinen bekannt, in welchen dieselben durch eine Fistel in den Magen, in den Zwölffingerdarm, in den Dickdarm, selbst auch in die Harnwege und in die Pfortader gelangten. Dem unseren ähnliche Fälle mit Ruptur der Gallenblase. Erguss von Galle in die Bauchhöhle und Entstehung einer diffusen Peritonitis giebt es nicht viele (S. z. B. Nowak. Die hypophrenischen Empyeme. Schmidt's Jahrbuch Bd. 232, 1891, Nr. 11, p. 73—95).

Zum Schluss sei es mir gestattet, dem Oberarzte des Hospitals, «St. Iacob», Herrn Dr. Gryschkowsky meinen besten Dank auszusprechen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Wladimir K. Roth: Moralgia paraesthetica. (Berlin 1895. Verlag von S. Karger).

Als Meralgia par. (μηρός-Oberschenkel) beschreibt Roth eine auf die Aussenseite des Oberschenkels beschränkte, in Schmerzen, Parästhesie und theilweiser Anästhesie sich äussernde Affection. Auf Grund seiner 14 Krankengeschichten entwirft er folgendes Bild. Der Schmerz ist brennend, verstärkt sich nur beim Stehen und Gehen, vergeht bei gebeugter Stellung der Extremität gewöhnlich in einigen Minuten, zuweilen momentan. Der N. cutaneus femoris ext. ist nicht druckempfindlich. Die Parästhesien äussern sich meist als subjectives Gefühl der Vertaubung, gehen den Schmerzen voraus, dauern mitunter in allen Lagen des Beines fort. Ueber Anästhesie klagen fast alle Pat., objectiv konnte sie in 8 von den 14 Fällen nachgewiesen werden, und zwar stets nur in geringem Grade. Bei einzelnen Kranken bestand im Gegentheil eine mehr weniger ausgeprägte Hyperalgesie. Das Verbreitungsgebiet dieser Symptome fällt im Allgemeinen mit dem des n. cutan. fem. ext. zusammen, nur nach unten und vorne geht es über die in den Schematen dargestellte Grenze hinaus und ist von ovaler Form. Nach Sappey anastomosiren eben die Endäste des n. cut. fem. ext. mit denen des n. cruralis und können sich bis auf die Kniehaut ausbreiten. Am intensivsten sind die Erscheinungen im mittleren und unteren Abschnitte dieses Gebietes. Gewöhnlich ist nur eine Seite befallen, in 5 der 14 Fälle waren beide Schenkel ergriffen. Rechte und linke Seite erkranken gleich häufig. Bei doppelseitiger Erkrankung pflegt Umfang und Intensität der Affection auf der einen Seite wesentlich geringer zu sein, als auf der anderen. Die Entwickelung der Krankheit ist meistens eine ziemlich langsame: zu der anfangs zeitweise auftretenden Vertaubung gesellen sich allmählich die Schmerzen und die Anästhesie, wobei die erstere stationär wird. Der Verlauf ist nicht selten ein äusserst langwieriger (in 1 Fall gegen 20

Jahre), doch kommt unter dem Einflusse der Behandlung oft eine schnelle Besserung der Symptome vor. Männer werden bedentend häufiger befallen, als Frauen (12:2).

Sitzende Lebensweise und Wohlbeleibtheit prädisponir t. Erheblicher usus und abusus alcoholicus war bei der Hälfte der Kranken zu constatiren, alte Lues in 3 Fällen. Gelegenheitsursachen sind selten vorhanden. Untersuchungen an der Leiche bewegen Roth, den localen anatomischen Bedingungen (rechtwinklige Biegung des Nerven dicht unter der spina ant. sup. ossis ilei und sein Verlauf in einem fibrösen Canal der fascia lata) sowie dem mechanischen Momente (Druck, Dehnung, venöse Stase) eine besondere aetiologische Bedeutung beizumessen. Zu behandeln ist der locus morbi nicht der locus doloris. Ungeachtet der langen Dauer waren Empl. cantharid. auf die spin. ant. sup., dann locale Massage, Galvanisation des Nerven, eventuell Diät- und Stuhlregulirung von promptem Erfolge.

Neben der Meralgia paraesth. (externa) hat Roth noch 2—3 Fälle von M. p. anterior gesehen, wo die vorderen Aeste des n. cruralis vermuthlich unter denselben Bedingungen erkrankt waren. In anderen Nerven sind dauernde Affectionen dieser Art bisher unbekannt.

Vor Roth hatte Bernhardt über denselben Symptomencomplex berichtet, nach ihm publicirten noch Näcke und S. Freud ihre an sich selbst in dieser Hinsicht gemachten Beobachtungen (cf. Neurologisches Centralblatt, 1895, № 6, 8, 11).

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

598. Sitzung am 19. December 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann

Herr Hörschelmann: Zur Casuistik der Gehirnaffectionen Neugeborener. Es handelte sich um ein neugeborenes Mädchen, das im ersten Bade nach der Geburt von Krämpfen befallen wurde, die das ganze Leben hindurch bis beinahe zu dem nach einem Jahr erfolgten Tode anhielten. Die Geburt verlief normal und schnell. Das Kind wurde in tiefer (bleicher) Asphyxie geboren, und bedurfte es längerer Belebungsversuche, um es zum Schreien zu bringen. Entwickelung und Ernährung normal. Während der Schwangerschaft waren weder Traumen noch acute Erkrankungen der Mutter vorgekommen; Eltern gesund.

Die Krampfanfälle, von denen der erste gleich im ersten Bade auftrat, zeigten folgenden Verlauf: Ohne besondere Vorboten wurde der Blick des Kindes starr, die Resp. stockte, das Gesicht röthete sich, dann wurden die bulbi ad maximum nach rechts verdreht, zugleich der Kopf auf diese Seite verzogen. Zeitlich kaum getrennt davon wurde die rechte Schulter nach vorn geschoben, der Arm, im Ellbogen leicht flectirt, adducirt und leicht erhoben, ebenso das Bein, im Knie gestreckt, gleichfalls etwas gehoben und mehr adducirt. Die rechtseitige Bauchmuskulatur war im höchsten Grade contrahirt, wohl ebenso die rechten Rumpfmuskeln, denn der ganze kleine Körper nahm eine nach rechts concave Krümmung an.

Nachdem nun dieser tonische Krampfzustand bis zu 1 Minute und länger angehalten hatte, liessen die Krampferscheinungen nach, bald gefolgt von einzelnen clonischen Zuckungen in den Extremitäten, bald ohne dieselben; Bewusstlosigkeit nach dem Anfall war nicht vorhanden. Ab und an, wenn die Krampfattaquen heftiger auftraten, d. h. der Kopf wie mit einem Schlage nach rechts verzogen wurde, ging der krampfhafte Tonus auch auf die linke Körperseite über und zwar in umgekehrter Reihenfolge, indem hier zuerst das Bein, dann der Arm die gleiche Stellung wie rechts annahmen; zuletzt wurde der Kopf in heftiger Bewegung von rechts in die extreme linke Stellung geworfen. Beim Uebergang des Krampfes auf die linke Seite liess die krampfhafte Vorstellung der rechten Extremitäten nach, so dass nie gleichzeitig beide Körperhälften ergriffen waren. Die Mutter will auch ab und an den Beginn und Verlauf der Krämpfe auf der linken Seite beobachtet haben; Ref. hat das nicht gesehen.

War der Anfall einmal vorüber, so liess nichts Besonderes, bis auf grössere Unruhe, auf einen krankhaften Zustand der Kleinen schliessen, nie wurden Lähmungserscheinungen beobachtet, Strabismus war nicht vorhanden, ebenso wenig Muskelcontracturen und Rigidität der Muskeln, weder Hemiathetose noch Hemichorea. C. 3 Wochen nach der Geburt wurde leichte Abflachung des linken Schädeldachs im Vergleich mit dem rechten constatirt.

Die Anzahl der Krämpfe schwankte zwischen 2—3 pro 24 hor. und 85 zählbaren, in der letzten Zeit waren sie unzählbar. Temperatur bis auf 2 kürzere Perioden (ohne nachweisbare Ursache) stets normal. Gewichtszunahme durchschnittlich mässig; sehr oft Dyspepsie.

Mitte October 1894 traten neben den beschriebenen Krämpfen Laryngospasmen auf, jedoch nicht heftig. Vom 19. October hörten die epileptiformen Anfälle ganz auf, Laryngospasmen aber blieben und infolge eines Anfalls trat am 7. November der Tod ein. Weder Ableitungen auf Kopf und Nacken, noch der Gebrauch von Chloral, Sulfonal, Brom- und Jodkali hatten Erfolg.

Bei der Section erwies sich die linke Gehirnhemisphäre; deutlich verkleinert; das linke Schädeldach flacher als rechts, Schädelknochen verdickt, an den Meningen nichts Besonderes nachzuweisen, namentlich keine Verdickung und Trübung keine abnorme Flüssigkeitsansammlung, noch Spuren einer stattgehabten Blutung.

Eine Diagnose während des Lebens zu stellen war kaum möglich, wohl weil einerseits das Kind sich in so jugendlichem Alter befand und weil andererseits bis auf die Krampfanfälle und die geringe Asymmetrie des Schädel's sonstige, leichter verwerthbare Symptome fehlten. Es konnte mithin nur eine annähernde Wahrscheinlichkeitsdiagnose per exclusionem gestellt werden.

Gegen Trismus et Tetanus neonatorum sprach die Art der Krämpfe, so wie jeder Anhaltspunkt von Seiten des Nabels. Ebenso konnten eine acute Hämorrhagie grösseren Umfang's in die Gehirnsubstanz, wohl auch ein acuter encephalitischer Process ausgeschlossen werden. Für chron. Hydrocephalus sprach nichts, eine zweimalige Untersuchung der Augen ergab nicht die geringsten Erscheinungen von erhöhtem intracraniellem Druck. Angeborene Atrophie und Sclerose des Gehirns kommen selten primär zur Beobachtung, während sie eine Folgeerscheinung fast aller Gehirnaffectionen darstellen können; zudem bieten sie an und für sich so vage Symptome, dass sie kaum zu diagnosticiren sind.

Schwieriger war es, eine Eclampsia neonat. auszuschliessen. Die Einseitigkeit der Krämpfe sprach nicht gegen sie, wie dieses von Soltmann, Lewandowsky, d'Espine und Picot, Henoch etc. betont wird; der vorwiegend tonische Character der Krämpfe liess sich auch nicht gegen eine solche Annahme verwerthen, da nach Soltmann bei Neugeborenen in Folge des Mangels oder der mangelhaften Entwickelung der sog. Reflexhemmungscentra die Krämpfe oft gerade mehr diesen Character annehmen. Als wesentlichstes Moment, welches gegen Eclampsie sprach, musste die Abflachung des linken Schädeldachs so wie der Umstand in Betracht gezogen werden, dass die Krämpfe ununterbrochen so lange Zeit, d. h. circa 11 Monate anhielten.

Auch an intermeningeale Blutung wurde gedacht und zwar in Folge der bei der Geburt vorhandenen Asphyxie. Es hätte sich um eine Blutung mittleren Grades handeln müssen, da einerseits grosse Blutergüsse meist schnell zum letalen Ende führen, kleine Hämorrhagien dagegen oft ganz ohne Symptome verlaufen. Fasst man jedoch in's Auge, dass in unserem Fall die Geburt normal und sogar schnell verlief, der ältere Bruder der kl. Pat. auch normal geboren war, ferner dass nach Gowers und Steffen die Krämpfe hier eine untergeordnete Rolle spielen und jedenfalls die initialen nicht lange anhalten, dass keine Lähmungserscheinungen auftraten, so musste der Gedanke der intermeningealen Blutung wenigstens als primärer Affection aufgegeben werden. Dazu kommt noch der Umstand, dass die bereits circa 3 Wochen nach der Geburt constatirte Abflachung des linken Schädeldachs unmöglich mit einer intra partum stattgehabten Blutung in Zusammenhang gebracht werden konnte.

Was nun die congen. Epilepsie betrifft, so können auch bei dieser im Beginn die Krämpfe einseitig auftreten, um sich dann erst mit der Zeit zu verallgemeinern. Eine Asymmetrie des Schädeldach's wird gerade von vielen Autoren mit der Epil. in Zusammenhang gebracht (Behrend, Jacobi, Gerhardt, Rieken, Hoffmann, Solltmann). Müller fand bei 43 Epileptikern 39 mal den Kopf unsymmetrisch. Wenn in den Intervallen zwischen den Krampfanfällen das Kindchen bis auf die fast ständige Unruhe einen scheinbar gesunden Eindruck machte, so konnte dabei, wenigstens für die erste Lebenszeit, möglicherweise das jugendliche Alter der Kleinen eine Rolle spielen. Somit war es nicht möglich, in Betreff der Epilepsie sich weder positiv noch negativ auszusprechen.

Noch muss die sog. spastische Spinalparalyse (Littlesche Krankheit) erwähnt werden, obgleich, wie es Ref. erscheinen will, dieselbe zunächst noch schwer von der cerebralen Kinderlähmung zu trennen ist, wenigstens in einem so frühen Lebensalter, wie bei unsrer kleinen Pat. Das wesentlichste Symptom dieser Krankheit, die Gliederstarre, gelangt meist erst im 1.—2. Jahr zur Beobachtung, Krämpfe sind nicht characteristisch.

Am meisten schien Ref. für die cerebrale Kinderlähmung zu sprechen, wenn auch das Hauptsymptom, die Hemiplegie, fehlte. Dieses Fehlen konnte erklärt werden entweder durch die Annahme, dass dieselbe in unserem Fall noch nicht zur Erscheinung gekommen, oder aber, dass sie bestan-

den und wieder zurückgegangen war (Oppenheim). Die Frage, ob die Krampfanfälle als initiale oder consecutive, sog. posthemiplegische aufzufassen waren, liess sich schwer entscheiden. Mehr schien für letztere Auffassung zu sprechen, so die lange, gleichmässige Dauer derselben, ferner die Asymmetrie des Schädel's; es hätte dann das erste Stadium der Krankheit intrauterin seinen Verlauf genommen.

Die Gehirnläsion musste in dem motorischen Gebiet der linken Hemisphäre angenommen werden. Unerklärt blieb der Umstand, dass nach Aussage der Mutter des Kindes die Krämpfe auch ab und an ihren Beginn und Verlauf auf der linken Körperseite nahmen.

Nach dem Gesagten kämen in unsrem Fall congenitale Epilepsie, cerebrale Kinderlähmung, vielleicht auch noch intermeningeale Blutung in Frage.

Herr Kroug, der die Untersuchung des Gehirnes übernommen hat fügt hinzu, dass sich makroskopisch eine leichte Atrophie der linken Hirnhemisphäre constatiren liess, die Furchen sind linkerseits facettirt und schmal. Ferner findet sich eine leichte Impression an der linken motorischen Zone zur Medianlinie hin dicht am Sichelfortsatz. Die noch nicht beendigte mikroskopische Untersuchung ergab durch Vergleich von Schnitten aus den beiden Fusscentren (hintere Centralwindung), dass die Hirnrinde links an dieser Stelle verdünnt ist, die Markfaserung ist zurückgeblieben, die grossen Zellen aus der Schicht der grossen Zellen sind geschwunden dagegen sind die kleinen Gliazellen vorhanden. (Secundäres Gliagewebe). An einzelnen Stellen ist im erwähnten Gebiet die Pia verdickt und endlich findet sich ein kleines Blutextravasat in der Randzone. Auf Grund dieses Befundes schliesst Kroug eine Gehirnerkrankung aus und nimmt als Grund des beschriebenen Krankheitsbildes eine meningeale Blutung an, durch welche von aussen her ein Druck auf das Gehirn ausgeübt wurde. Die Krämpfe der anderen Körperhälfte kamen in der Weise zu stande, dass auch die gesunde Seite durch Druck oder Zug in Mitleidenschaft gezogen wurde.

Herr Hörschelmann lässt die Frage offen, ob nicht eine Blutung als Folge der Krampfanfälle aufgetreten sei. Unerklärt bleibt die Abwesenheit von Lähmungen.

Herr Kroug glaubt, dass eine andere Erkrankung des Gehirnes als Ursache der Anfälle auszuschliessen sei, da sich keinerlei Veränderungen wie z B. etwa Sclerose anderweitig gefunden haben, ausser den beschriebenen Veränderungen in der Randzone.

Herr Tiling führt gegen die gegebene Deutung des Krankheitsbildes an, dass die epileptiformen Krämpfe vom Beginn der Krankheit an an Intensität nicht abgenommen haben. Denkbar wären vielleicht Veränderungen hinter der Centralwindung, die indirect die motorische Region beeinflussen konnten. T. erinnert dabei an die beiden von ihm mitgetheilten Fälle von Jackson'scher Epilepsie, wo Analoges constatirt werden konnte (durch Narbenzug). Die Aetiologie des mitgetheilten Falles erscheint vor Abschluss der mikroskopischen Untersuchung nicht erklärt.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1252. Sitzung am 20. November 1895.

1. Herr Schmitz hält einen Vortrag: über Peritonitis tuberculosa.

Vortrag. knüpft zunächst an den von ihm im Jahre 1889 operirten und in der St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 1, 1890 veröffentlichten Fall von Bauchfelltuberculose an. Die damals 3-jährige Patientin war durch die Laparotomie vollständig geheilt, das Peritoneum ad integrum wieder hergestellt, wie solches durch eine 1½ Jahre später ausgeführte zweite Laparotomie wegen einer Bauchhernie in praecisester Weise constatirt werden konnte. Pat. erfreut sich auch noch jetzt, also 7 Jahre nach dem ersten Bauchschnitt einer blühenden Gesundheit.

Die bekannte operative Behandlung der Bauchfelltuberculose beginnt im Jahre 1884 mit König. Von der Beobachtung ausgehend, dass tuberculöse Peritonitiden, meist wegen diagnostischer Irrthümer, hauptsächlich zur Entfernung praesumirter Tumoren laparotomirt, wunderbarerweise, augenscheinlich durch die Laparotomie, ausheilten, empfahl König die Eröffnung der Bauchhöhle als zweckbewusste Indication in der Behandlung der tuberculösen Peritonitis. Diese Idee König's wurde allseitig aufgegriffen, so dass Adossides 1893 schon über 405 operirte Fälle berichten konnte. Für einen chirurgischen Eingriff eignete sich natürlich nur die locale Bauchfelltuberculose, so weit dieselbe als Krankheitsbild dominirt, wo sie als secundäre Theilerscheinung einer acuten Miliartuberculose auftritt, kann selbstverständlich keine Rede von einer Operation sein. Zur localen Bauchfelltuberculose müssen auch die meisten Fälle einer einfachen primärchronischen Peritonitis zu rechnen sein, wenngleich es bei derselben oft sehr schwer ist, klinisch, ja selbst anatomisch die tuberculöse Natur der Krankheit festzustellen. — Auch diese Form eignet sich für eine chirurgische Behandlung.

Was die Häufigkeit der tuberculösen Peritonitis anbetrifft, so stimmen hier die anatomische und die klinische Beobachtung nicht vollständig mit einander überein. So berichtet Philippi aus dem Göttinger pathologischen Institute, dass Tuberculose des Bauchfellraumes in 4,8% aller Sectionsfälle vorkommt, dieselbe Zahl, 4,7% giebt Przibram für das Prager Institut an, während Broschke's Ziffer aus Breslau 5,3% beträgt. Alle drei Daten beziehen sich jedoch darauf, wie häufig überhaupt bei Leichen das Peritoneum tuberculös erkrankt gefunden wird, ohne Rücksicht darauf, ob die tuberculöse Peritonitis den Haupt- oder den Nebenbefund ausmacht. Die dominirende Tuberculose des Bauchfells, die tuberculöse Peritonitis κατ'ἐξοχήν, soweit dieselbe auch vom chirurgischen Gesichtspunkt aus eine Rolle spielen kann, ist jedenfalls viel seltener. Sie wird von Adossides aus Halle mit nur 1,5% aller Sectionsfälle angegeben. Nach derselben Statistik findet sich Bauchfelltuberculose häufiger bei Männern als bei Frauen, während nach der chirurgischen Statistik das Umgekehrte der Fall ist. 88,7% bilden Frauen, 11,3% Männer. (Lindner). Eine genügende Erklärung dieses Widerspruches dürfte schwer zu geben sein, jedoch muss daran erinnert werden, dass die offene Communication des Bauchraumes durch den Genitalcanal bei Frauen, letztere sicherlich für eine Erkrankung des Peritoneum an Tuberculose empfänglicher macht. In diesem Sinne lassen sich auch die weiteren Angaben Adossides' verwerthen, dass 20% aller wegen Bauchfelltuberculose operirten Frauen gleichzeitig an einer tuberculösen Affection ihres Genitaltraktus litten. Dafür würde sicherlich auch die Thatsache sprechen, dass im Kindesalter bis zum 12. Jahre auf 19 Knaben 31 Mädchen wegen Tuberculose des Peritoneums operirt wurden, vom 12. bis zum Schluss des 16. Lebensjahres jedoch auf 6 Knaben 22 Mädchen. Augenscheinlich beweisen diese Zahlen, dass mit dem Freiwerden des Introitus vaginae die Gefahr der bacillären Infection des Peritoneum bei dem weiblichen Geschlecht wächst.

Die sich aus der Literatur ergebende Thatsache, dass bei Laparotomien wegen Peritonitis tuberculosa im Kindesalter so selten gleichzeitige Genitaltuberculose angegeben wird (von 53 Operationen bis zum 17. Lebensjahre 0 mal) der relativen Häufigkeit bei Erwachsenen gegenübergestellt, dürfte sich nach Ansicht des Vortr. am ehesten dadurch erklären, dass bei Operationen an Kindern die Inspection der kleinen Genitalien, weil so viel schwieriger, meist unterbleibt, während dieselbe bei erwachsenen Frauen kaum jemals unterlassen werden dürfte. Neben der Genitaltuberculose dürfte als weiteres aetiologisches Moment für eine tuberculöse Peritonitis eine Tuberculose des Darmes angesehen werden, speciell die Perforation eines tuberculösen Darmgeschwüres, andererseits muss ja aber wiederum daran erinnert werden, dass auch das Umgekehrte vorkommen kann, eine Perforation des Darmes von einer käsigen Peritonitis her in das Darmlumen hinein. Um welchen Modus es sich im concreten Falle handelt, kann unter Umständen, namentlich bei Kindern, schwer zu entscheiden sein.

Auf sein eigenes Material übergehend, verfügt Vortragender über 32 Fälle von Peritonitis tuberculosa aus dem Kindesalter vom 1.—13. Lebensjahre, welche innerhalb von 19 Jahren zur Beobachtung gelangt sind, davon entfallen allein 24 Fälle auf die letzten 8 Jahre, ein Beweis dafür, dass augenscheinlich durch die günstigeren chirurgischen Resultate bei Peritonealtuberculose, auch die Diagnosenstellung der Krankheit eine praecisere geworden ist. Von diesen 32 beobachteten Fällen kamen 8 zur Section, in 3 derselben handelte es sich sicher um eine primäre Darmtuberculose, in 2 um primäre Genitaltuberculose in 3 wahrscheinlich um primäre Peritonealtuberculose. Als Nebenbefund wurden bei der Section gefunden: am häufigsten eine tuberculöse Pleuritis, stets Verkäsung der bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen, in einem Falle eine Obliteration des Pericard.

Das klinische Bild der tuberculösen Peritonitis, speciell der Beginn derselben bieten wenig Typisches. Meist beginnt die Krankheit chronisch mit Abmagerung und Unregelmässigkeiten der Verdauung, in anderen Fällen wird der Beginn der Krankheit mehr plötzlich, unter dem Bilde einer acuten Peritonitis, angegeben. In allen Fällen tritt früher oder später eine auffallende Zunahme des Bauchumfanges ein. Der Leib erscheint objectiv vergrössert, mehr oval als rund, letzteres nur dann, wenn es sich um grössere Mengen freien Exsudats im Bauchraum handelt; dasselbe kann jedoch gering sein, auch ganz fehlen.

Sehr characteristisch und sehr oft vorhanden ist der Befund von Tumoren und Härten im Bauchraum. Meist liegen dieselben im Mesogastrium um den Nabel herum in Form eines grobhöckerigen derbern oder weichern Tumor. Derselbe kann

durch flüssiges Exsudat verdeckt sein, tritt jedoch nach Punktion desselben deutlicher hervor. Der palpatorische Eindruck der Tumoren, — und das ist charakteristisch, ist der eines mit einander fest verklebten Darmschlingenconvolutes hinter der Bauchwand. Thatsächlich handelt es sich auch um nichts anderes, als um mit einander verbackene und käsig belegte Darmschlingen, welche auch der Percussion einen gedämpft tympanitischen Charakter verleihen. Gewöhnlich lassen sich vom Tumor aus nach oben hin 2 Stränge, das zusammen gerollte und infiltrirte Netz, herauspalpiren. In anderen Fällen finden sich die erwähnten Härten nicht im Mesogastrium, sie sind unregelmässig an nicht typischen Stellen des Bauchraumes vertheilt. Durch Controlluntersuchung per anum gelingt es festzustellen, dass die Härten sich zwischen dem palpirenden Finger und der vorderen Bauchwand befinden. Neben diesen Härten, deren Bedeutung als diagnostisches Zeichen der Bauchfelltuberculose vom Vortr. besonders betont wird, kann unter Umständen noch ein anderes Symptom hinzukommen, welchem gleichfalls ein grosser diagnostischer Werth beizulegen ist. Es ist dies die «inflammation periombilicale» von Vallin, eine Infiltration der vorderen Bauchwand um den Nabel herum, welche darauf hinweist, dass ein stärkerer Zerfall des tuberculösen peritonitischen Exsudates zwischen dem Darm und der vorderen Bauchwand stattgefunden hat und man einer baldigen Entstehung eines Kothabscesses gewärtig sein kann.

Gestützt wird schliesslich die Diagnose jeder tuberculösen Peritonitis durch den Nachweis noch anderweitiger tuberculöser Organerkrankungen.

Bis vor kurzem war die prognostische Beurtheilung der tuberculösen Peritonitis eine durchaus ungünstige. Durch die Resultate der chirurgischen Erfahrung ist solches anders geworden, wenngleich auch eine Spontanheilung nicht sicher ausgeschlossen erscheint. Allerdings wird man sich immer scheuen im concreten Falle eine Spontanheilung der tuberculösen Peritonitis anzunehmen und eher dazu neigen einen diagnostischen Fehler zuzugeben. Demgegenüber hat jedoch Vortr. auch ohne chirurgischen Eingriff so wesentliche Besserungen der in Rede stehenden Krankheit gesehen, dass er eine völlige spontane Ausheilung der Bauchfelltuberculose nicht vollständig in Abrede stellen kann.

Was die Prognose bei der chirurgischen Therapie der Peritonealtuberculose anbetrifft, so beträgt die Gesammtmortalität der operirten Fälle nach Adossides 27%, am Collaps starben nach der Operation 10%. Die beste Prognose geben diejenigen tuberculösen Peritonitiden mit reichlichem flüssigen Exsudate: 84% Heilungen bei Kindern bis 16 Jahren, 73% bei Erwachsenen. — Aus des Vortr. eigener Statistik kamen von den erwähnten 32 Fällen aus vom Vortr. unabhängigen Gründen nur 8 Fälle zur Operation. 3 davon genasen definitiv, wenn auch nur sehr langsam und bei längerem Bestanden — haben einer tuberculösen Bauchwandfistel. Nach der Operation sind je 7 3 und 1½ Jahre verflossen. In allen 3 Fällen handelte es sich um relativ frische Fälle von geringer Dauer mit geringem flüssigen Exsudat und ohne Zerfall der käsig tuberculösen Massen.

Der chirurgische Eingriff bestand in Eröffnung der Leibeshöhle, Lösung vorliegender Adhaesionen, Exstirpation eines Stückes zum Zweck einer histologischen Untersuchung, Jodoformeinstäubung und Nahtschluss. Die übrigen 5 operirten Fälle starben an Entkräftung. In dem 1 Falle handelte es sich um ein tuberculöses Empyem des Peritonalraumes, im 2. um Zerfall des Exsudats, Kothfistel und Kothabscess auf tuberculös peritonischem Boden, im 3. um Genitaltuberculose. Von den übrigen nicht operirten 24 Fällen starben 3, wurden gebessert 10, ungebessert 11 entlassen.

Ohne sich die räthselhafte heilende Wirkung des einfachen Bauchschnittes der tuberculösen Peritonitis erklären zu können, weist Vortr. nur darauf hin, dass das heilsame Etwas sicher nicht in der Entfernung des Exsudates zu suchen ist.

Zum Schlusse befürwortet Vortr. warm die innerliche Anwendung des Kreosotes, welches ihm in vielen Fällen chirurgischer Tuberculose ein werthvolles Adjuvans gewesen ist.

Discussion.

Herr Kernig kann die Thatsache einer Spontanheilung der tuberculösen Peritonitis selbst unter unseren hiesigen Krankenhausverhältnissen bestätigen. Der Ascites kann unter Umständen schwinden, das Körpergewicht sich heben und der Kranke als genesen erscheinen.[1])

Die Art und Weise der Ausheilung sei allerdings ebenso räthselhaft, wie der bekannte Effect des einfachen Bauchschnittes. Infolge dessen könnte man fast geneigt sein, die nach der Operation genesenen Fälle als solche aufzufassen, die nicht propter, sondern post operationem spontan genesen sind. Auch wäre es denkbar, dass die blosse Entfernung des Exsudates hierbei eine Rolle spielt, da so manche tuberculöse Pleuritis nach Punktion des Exsudates vollkommen ausheilt. Demgegenüber muss jedoch auch daran erinnert werden, dass es tuberculöse Peritonitiden giebt, bei denen selbst wiederholte Laparotomien keine Resultate geben und sich das Exsudat immer von neuem ansammelt.

Dass Resorption des Exsudates bei Tuberculose des Peritoneum vorkommt geht auch hervor aus der Arbeit von Albanus. (Petersb. med. Zeitschrift 1869, Heft 12) Der frühere Prosector des Obuchowhospitals Dr. Küttner behauptete auch die anatomische Ausheilung des miliaren Tuberkels auf dem Peritoneum gesehen zu haben.

Herr Wiedemann hat auch Recidive nach Laparotomien bei Bauchfelltuberculose gesehen.

Herr Anders. Die Spontanheilung zugegeben, so kommen jedoch auch Fälle vor, wo die Indication des Bauchschnittes direct urgent sein kann, einer Indicatio vitalis entspricht, so z. B. in einem von ihm vor 1 Monat im hiesigen Deutschen Alexander-Hospital operirten Falle. Hier war durch constant zunehmenden Ascites ein enormer Hochstand des Zwerchfelles mit ernster Respirationsbehinderung eingetreten, welche die Operation dringend erforderlich machte. Während der Beobachtungszeit waren im Bauchraume deutliche Tumoren gefühlt worden. Dieselben erwiesen sich bei der Operation als eine massige plattenförmige Exsudatbildung auf den Darmschlingen, jedoch ohne Verklebung mit der vorderen Bauchwand. Das Peritonaeum zeigte im übrigen zahllose miliare Knötchen. Letztere erwiesen sich histologisch als Miliartuberkel (Dr. Wichert). Hier war die Operation absolut lebensrettend und ermuthigt der weitere Krankheitsverlauf zu den besten Hoffnungen.

Herr Serck glaubt, dass unter Umständen auch die tuberculöse Erkrankung anderer Organe keine Contraindication zur Vornahme einer Laparatomie bei tuberculöser Peritonitis zu geben brauche. Sollte die Anschauung richtig sein, dass durch die Operation ein tuberculöses Antitoxin gebildet werde, welches den heilenden Factor darstellt, so wäre es denkbar, dass aus diesem Antitoxin auch ein heilender Einfluss auf die anderweitigen complicirenden Organerkrankungen erwachsen könne.

Herr Schmitz. Nach Buchner muss das heilsame Etwas in Folge der Operation darin gesucht werden, dass durch die Operation eine Leukocytose entsteht, welche ihrerseits die Alexine in der Bauchhöhle vermehrt, und diese bakterienfeindliche Eigenschaften entfalten. Mag dem sein, wie ihm wolle, eines ist sicher, dass die einfache Entleerung des Exsudates durch Punktion nicht denselben Effect hat, wie die breite Eröffnung der Bauchhöhle durch den Schnitt.

2) Herr Kernig demonstrirt ein wegen Darminvagination resecirtes Stück Ileum.

Krankengeschichte. Diarrhoe seit 14 Tagen. Eintritt der Patientin in das Obuchowhospital am 11/XI. Gedunsenes Gesicht, mässiges Oedem der Beine, Flüssigkeit im Abdomen. 3 flüssige Stühle. 11.—14./XI. kein Stuhl, kein Flatus, normale Temperatur, beginnender Collaps, im rechten Hypochondrium starke sichtbare Darmperistaltik. Zeichen beginnender Peritonitis; vorübergehende Besserung, darnach Verschlimmerung.

Vermuthliche Diagnose: Darmocclusion, muthmasslich durch Darminvagination. Operation (Dr. Zeidler). Es besteht eine eben beginnende leichte diffuse Peritonitis, so wie eine ausgedehnte Invagination des Ileum in das Ileum 10 cm. von der Einmündungsstelle in das Coecum. Resection des Darmes mit Anwendung Murphy'scher Knöpfe. Hierbei erwies es sich, dass das Intussusceptum hochgradig nekrotisch war. — Weiterer Verlauf zunächst tadellos[2]), täglich Stuhlentleerung.

Die Annahme der Intussusception wurde hier namentlich veranlasst durch das plötzliche Aufhören der Diarrhoe mit nachfolgenden Zeichen von Peritonitis und Darmverschluss.

Director: Dr. Lingen.
Secretair: Dr. Westphalen.

[1]) Anmerkung. Eine Patientin mit resorbirtem tuberculösem Ascites erkrankte mehrere Monate nach ihrer Entlassung an croupöser Pneumonie, verstarb an derselben. Bei der Section fanden sich im Peritoneum trockene Kaeseherde kein freies Exsudat. Ein 2. Fall betraf einen Knaben mit fieberhaftem Ascites auf tuberculöser Grundlage; der Ascites schwand und erfreute sich Patient jahrelanger Gesundheit. 3—4 ähnliche Fälle sind aus dem Hospital «als genesen entlassen.»

[2]) Anmerkung. Pat. ist 6 Tage nach der Operation an Beckenperitonitis gestorben.

Kleinere Mittheilungn und therapeutische Notizen.

— Ferd. Zinsser giebt eine neue Behandlungsmethode des Favus an, auf die Beobachtung fussend, dass Bouillonaufschwemmungen von Favuspilzculturen unter dem Einflusse einer Temperatur von 50° in 1—2 Stunden, bei 45° in 9—10 Stunden abgetödtet wurden. Den Patienten im Alter von 9—18 Jahren, die mit langjährigem Favus der Kopfhaut behaftet waren, wurde nach gründlicher Reinigung eine dem Kopfe angepasste, aus doppelläufiger Zinnrohrspirale hergestellte Haube tagsüber aufgesetzt, in der 50° warmes Wasser circulirte; darunter waren in ¼‰ Sublimatlösung getauchte Compressen aufgelegt. In 3 Fällen wurde innerhalb 8—14 Tagen Heilung erzielt. (Arch. f. Dermat. u. Syph. XXIX).

Vermischtes.

— Am 16. Januar beging der Director der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja), Leibaccoucheur und Prof. emer. Geheimrath Dr. Anton Krassowski, sein 25-jähriges Amtsjubiläum als Director der genannten Anstalt. Die Feier, welche zu Ehren des Jubilars in den Räumen der Anstalt stattfand, beehrte auch S. K. H. der Grossfürst Wladimir Alexandrowitsch und Seine Hohe Gemahlin mit ihrer Gegenwart. Von Ihrer Majestät der Kaiserin Maria Feodorowna und I. K. Hoheiten der Grossfürstin Alexandra Jossifowna und der Prinzessin Eugenie von Oldenburg wurde der Jubilar durch huldvolle Glückwunschtelegramme ausgezeichnet. Ausserdem waren zahlreiche Adressen, darunter eine von der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig, sowie gegen 80 Glückwunschtelegramme eingelaufen. Verschiedene russische gelehrte Gesellschaften und die Pariser Académie de Médecine haben ihn zum Ehrenmitgliede ernannt.

Dem Jubilar ist zu diesem Tage der Rang eines Wirklichen Geheimraths verliehen worden.

— Befördert: der Oberarzt des Kronstädter Marinehospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Akinfijew — zum Geheimrath, unter Verabschiedung mit Uniform.

— Ordensverleihung: der St. Annen-Orden II. Classe — dem Professor der Pharmakologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsrath Dr. Kobert.

— Verstorben: 1) Am 13. Januar in St. Petersburg das ehemalige berathende Mitglied des militair-medicinischen gelehrten Comités, Geheimrath Dr. David Wywodzew, nach langer schwerer Krankheit in hohem Alter. Der Hingeschiedene hatte seine medicinischen Studien an der Charkower Universität gemacht und sich dann ganz der Chirurgie gewidmet. Als Chirurg dem Generalstabe der Donauarmee zucommandirt, nahm W. an dem letzten russisch-türkischen Kriege Theil, nach dessen Beendigung er sich in St. Petersburg niederliess, wo er als Consultant am Semenowschen Militairhospital und berathendes Mitglied des mil.-med. gelehrten Comités fungirte, bis zunehmende Kränklichkeit ihn zum Rücktritt von diesen Aemtern zwang. Der Verstorbene hat sich grosse Verdienste durch die Verbesserungen des Modus beim Transport von Verwundeten, sowie durch seine Methode der Einbalsamirung von Leichen erworben. 2) Am 15. Januar in St. Petersburg der Ordinator des hiesigen Marienhospitals für Arme, Dr. Nikolai Meyer, welcher seit 1881 die ärztliche Praxis ausübte. 3) In Woronesh der ehemalige Privatdocent der mil.-med. Academie für medicinische Geographie und Statistik, Dr. L. J. Golynez, im 37. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene welcher in der letzten Zeit älterer Arzt des Korotojakschen Reserve-Bataillons war, hat seine Frau mit 4 unmündigen Kindern ganz mittellos hinterlassen.

— Professor R. Virchow (Berlin) ist das Commandeurkreuz der Französischen Ehrenlegion verliehen worden.

— Die Wilnasche medicinische Gesellschaft hat den bekannten Warschauer Laryngologen Dr. Theodor Heryng zum Ehrenmitgliede erwählt.

— Am 2. Februar n. St. vollenden sich 40 Jahre der schriftstellerischen Thätigkeit des berühmten Klinikers und Psychiaters, Prof. Benedikt in Wien. Zu Ehren des Jubilars soll eine Denkmünze geprägt werden. Es hat sich zur Veranstaltung einer Feier dieses Tages ein internationales Comité gebildet, welchem von russischen Aerzten die Prof. Mierzejewski (Petersburg), Bogdanow (Moskau), Tschish (Jurjew) und der Warschauer Aerzte Heryng, Nussbaum und Goldflamm angehören.

— Zum Director der neuerrichteten dermatologischen Klinik in Leipzig ist Prof. Dr. Jarisch aus Graz berufen worden.

— Der weltbekannte Curort Bad Reichenhall beabsichtigt in der kommenden Saison das Fest seines 50-jährigen Bestehens in feierlicher Weise zu begehen. Dem eigentlichen Begründer des berühmten Curortes, E. Rinck soll ein Denkmal errichtet werden. Mit berechtigtem Stolz darf der Ort auf das erste halbe Jahrhundert seiner segensreichen Thätigkeit zurückblicken.

— Wir machen auch an dieser Stelle unsere Leser auf einen in bester Entwickelung begriffenen neuen Curort an der Riviera — Sestri Levante — aufmerksam (cf. den Prospect, der unserer № 2 beigelegt war). Nach dem Bericht von Augenzeugen können wir versichern, dass Patienten, Reconvalescenten und andere Erholungsbedürftige dort in der That bestens aufgehoben sind und ihnen der Genuss alles dessen, was die wundervolle Natur bietet, durch nichts verkümmert wird — wie es wohl sonst an Cur- und Badeorten von Seiten der Administration geschieht. Der ärztliche Leiter der Curanstalt wird wohl manchem hiesigen Collegen von früher her bekannt sein.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt stetig ab. In der Stadt St. Petersburg sind vom 5.—12. Januar 16 Personen an der Cholera neuerkrankt, 27 genesen und 6 gestorben, sodass der Bestand der Cholerakranken zum 12. Januar 18 betrug. Im Gouv. St. Petersburg sind vom 31. December bis 6. Januar 3 Neuerkrankungen, im Gouv. Kiew in demselben Zeitraum 10 Neuerkrankungen und 4 Todesfälle constatirt. Im Gouv. Wolhynien sind vom 17. bis 30. December keine weitere Erkrankungen und nur 1 Todesfall an der Cholera vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Januar d. J. 8291 (229 mehr als in d. Vorw.), darunter 1620 Typhus — (123 mehr), 732 Syphilis — (27 mehr), 165 Scharlach — (3 mehr), 43 Diphtherie — (7 wenig.), 126 Masern — (2 mehr), und 30 Pockenkranke — (7 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Martin. Krankheiten der Eileiter. Leipzig, Besold 1895.
Hintz. Bad Bartfeld. Kurort in Ungarn. Wien, Braumüller.
Thomas. Hygiene der Kindheit. Frankfurt a. M., Alt 1895.
Wehmer. Schulgesundheitspflege. Berlin, Schoetz 1895.
Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Berlin, Springer 1895.
Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz. Serie II, Heft 10, 11, 12. Basel, Sallmann 1895.
Kocher. Tavel. Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten. I Theil. ibidem.
Elsner. Praxis des Chemikers. Liefg. 7—10 Hamburg, Voss 1895.
Huot. De l'action du Salophène. Paris, Jouve 1895.
Durante. Trattato di patologia e terapia chirurgica. Volume I. Roma, Alighieri 1895.
Eisenhart. Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen. Stuttgart, Enke 1895.
Penzoldt. Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. 19 u. 20 Liefg. Jena, Fischer 1895.
Leyden. Goldscheider. Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Wien, Hölder 1895.
Krafft-Ebing. Nervosität und neurasthenische Zustände. idem.
Kobler. Fremdkörper in den Bronchien. ibidem.
Klinische Zeit- und Streitfragen. Band IX, Heft II. ibidem.
Medicinische Bibliothek. № 3, № 41—63. Leipzig, Naumann.
Börner. Reichs-Medicinal-Kalender 1896. Leipzig, Thieme 1895.
Kleen. Handbuch der Massage. ibidem.
Huffmann. Allgemeine Therapie Leipzig, Vogel 1895.
Schmiedeberg. Grundriss der Arzneimittellehre, Leipzig, Vogel 1895.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. Januar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
392	321	713	150	48	139	12	10	20	71	53	50	55	54	36	14	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 18, Scharlach 13, Diphtherie 19, Croup 5, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 9, Cholera nostras 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 35, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. Januar 1896.

Tagesordnung: Dr. Moritz: Cysticercus im Gehirn

Adressen von Krankenpflegerinnen:

- **Alexandra Kasarinow**, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
- **Ольга Свѣтлова**, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
- **Pauline Gebhardt.** Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
- Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
- Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
- **Schwester Elise Tennison**, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
- Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 20 Января 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, 27. Januar (8. Februar) 1896

Ueber Narbenunterfütterung.

Casuistische Mittheilung.

Von

W. Zoege-Manteuffel.

Vorgetragen auf der Sitzung der medicin. Gesellschaft zu Dorpat.

Die A. W., 24 J. alt, ledig, hat vor 14 Jahren eine «Entzündung» neben dem rechten Auge durchgemacht Wie die stark eingezogene, mit dem Knochen verbackene Narbe erkennen lässt, hat es sich augenscheinlich um eine Caries des lateralen Orbitalrandes gehandelt — eine Erkrankung die meist unter einem ganz typischen Bilde verläuft.

Unter Schmerzen, Schwellung und Oedem des Augenlidwinkels, unter Temperatursteigerungen bildet sich eine Geschwulst über dem processus zygomaticus aus, die bald mehr orbitalwärts, bald mehr nach der Wange hin sich ausbreitet. Relativ früh kommt es zu Verbackung der Haut, die ja mit den Weichtheilen der Unterlage nur dünn aufliegt, in günstig verlaufenden Fällen dann auch zum Durchbruch, während manchmal Eitersenkungen nach der Wange, der Orbita ja in den Retromaxillarraum sehr böse Complicationen bilden können. Aber auch in diesen Fällen und nicht blos in den mehr chronisch verlaufenden, spät durchbrechenden, heilt die Fistel langsam, und stets hinterbleibt eine Verbackung der Haut mit dem Knochen, wodurch die Narbe tief eingezogen erscheint, der Lidwinkel nach aussen und meist auch nach unten verzogen wird. Dadurch liegt das Lid dem Bulbus nicht mehr an, der Conjunctivalsack klafft und ist allerhand Insulten schutzlos preisgegeben, was natürlich zu chronischen Catarrhen und der damit verbundenen sich oft bis an den Cornealrand hinziehenden Gefässinjection führt.

Dass solche Veränderungen, selbst wo es noch nicht bis zu einem ausgesprochenen Ectropium gekommen ist, sehr entstellend sind, ist verständlich und ebenso verständlich der Wunsch, namentlich jüngerer weiblicher Individuen die entstellende Narbe loszuwerden.

Bisher hat man, wie ich vorausschicken will, in diesen und ähnlichen Fällen meist ohne genügenden Erfolg die Narbe excidirt und durch Verschiebung bei der Naht, oder eine kleine plastische Operation das Ectropium zu beseitigen gesucht. Anfangs sieht die Sache nach einer solchen Operation recht hoffnungsvoll aus: Das Lid liegt wieder dem Bulbus an, die Narbe erscheint nicht mehr eingezogen, steht scheinbar in keiner Beziehung zum Knochen. Nach einiger Zeit jedoch, nachdem das ergossene Blut, das auch unter einer glatten I Intentio sich findende plastische Infiltrat geschwunden und resorbirt ist, nähert sich die Haut wieder dem Knochen und nach $^{1}/_{2}$—1 Jahr hat die gegen den Knochen sich zusammenziehende Narbe wieder das Lid nach sich gezogen, der Zustand ist ziemlich der alte.

War es nöthig eine Plastik auszuführen, so haben wir im besten Falle statt der kleinen rundlichen Narbe eine grosse Y-förmige oder sichelförmige, die sicher nicht zur Verschönerung des Gesichtes beiträgt, wenn auch fraglos auf diese Weise ein sicheres Anliegen des Lides an den Bulbus erzielt, ein Einsinken der Narbe vermieden werden kann.

Aus diesem Grunde habe ich in vorliegendem Falle ein anderes Verfahren eingeschlagen. Ich durchtrennte am 2. September 1895 die Narbe durch einen geradlinigen Schnitt und löste die Ränder nach beiden Seiten sie unterminirend ein Stück weit hinaus über ihre narbigen Verbindungen mit dem Knochen, — so dass ich allseitig bis in gesundes Gewebe kam, die Wundränder vollkommen frei beweglich waren und das Ectropium nach Aufhören der Spannung sich vollkommen ausglich. Jetzt langte ich mir ein Stück Wangenfett herauf, löste es aus seinen Verbindungen so weit, dass es frei über die Knochennarbe und weiter hinauf verschoben werden konnte, liess es jedoch in breiter Stielverbindung mit seinem Mutterboden. Hierbei gab ich darauf Acht, dass der Stiel keinen Zug nach unten ausübte, was leicht dadurch zu erzielen war, dass der Fettlappen mit seitlicher Basis gebildet und herauf gedreht wurde. Mit

einigen Catgutnähten wurde dieser ziemlich derbe Fettlappen an einer neuen Stelle über der Knochennarbe befestigt und die Haut darüber mit einigen Silkwormgutnähten exact geschlossen. Die alte Hautnarbe erfuhr hierdurch eine so reiche Unterpolsterung, dass die frühere Einsenkung der Narbe ausgeglichen, das Ectropium verschwunden war.

Bei der Bildung des Fettlappens blutete es recht lebhaft. Unterbindungen wollte ich hier aus leicht begreiflichen Gründen nicht ausführen und so kam es zur Bildung eines kleinen Hämatoms, das die Nahtlinie an einer kleinen Stelle durchbrach; hier an einer etwa linsengrossen Stelle kam es somit zu II. Intentio, jedoch ohne jegliche Eiterung. Hätte ich jetzt Seide statt Catgut benutzt gehabt, so hätte sie sich durch die kleine Hautwunde sicher ausgestossen und eine den Erfolg vielleicht beeinträchtigende Reaction unterhalten. Jetzt heilte jedoch alles glatt und reactionslos und Sie sehen m. H., dass der Erfolg ein befriedigender ist. Die Röthung der Conjunctiva ist zurückgegangen. Allerdings ist der äussere Augenwinkel noch ein klein wenig verzogen im Vergleich mit der gesunden Seite.

Ich darf aber hoffen, dass, falls dieser kleine Fehler sich nicht noch von selbst, durch Bewegungen des Orbicularis etc. ausgleicht eine kurze Massagebehandlung der Narbe den vollen Erfolg noch nachträglich erreichen lässt, eine Aussicht, die wesentlich günstiger sich gestalten muss, wo eine Unterpolsterung die Haut vom Scelett trennt.

Ob dieses Verfahren auch von anderen schon geübt worden, weiss ich nicht. Ich habe nicht die Zeit gefunden, mich in der Literatur über diese Frage zu orientiren.

Sie entschuldigen m. H., dass ich Sie mit einer scheinbar so unwesentlichen Sache so lange aufgehalten habe. Es ist aber die Behandlung der Narben im Gesicht ein spröder Stoff auch für die moderne Chirurgie, und da hat wohl auch ein kleiner Schritt vorwärts seine Bedeutung.

Ueber einen Fall von seniler Prostata-Hypertrophie behandelt mit Heilgymnastik und Massage.

Von

Gustav Weltz,

Heilgymnast in Dorpat.

Die auch an dieser Stelle (St. Pet. Med. W.) in letzter Zeit so häufigen Referate und Arbeiten über Hypertrophie der Prostata, haben mich bewogen, auch meinerseits mit vorliegender Krankengeschichte einen kleinen Beitrag zur Therapie genannten Leidens zu liefern, um so mehr, als meines Wissens gerade die Mechanotherapie bei Behandlung der Geschlechts- und Harnorgane bisher wenig Berücksichtigung gefunden hat, und der von mir behandelte Fall, wenn er auch vielleicht vereinzelt dasteht, dennoch des guten Erfolges wegen das Interesse des Arztes beanspruchen kann. Soviel ich aus der einschlägigen Literatur habe ersehen können, ist die Prostata bisher der Massagebehandlung sehr wenig unterzogen worden; die mir specieller bekannten schwedischen Arbeiten auf diesem Gebiet führen wohl einzelne Krankengeschichten an, doch ist auch hier die Zahl der behandelten Fälle eine sehr geringe und die Behandlung selbst eine rein locale mit wenig Erfolg.

Die Prostatamassage findet trotzdem in der schwedischen Schule volle Berücksichtigung, und wird die Ausführung derselben, mit per anum eingeführtem Finger, im Königl. Central-Institut z. B. mit grosser Genauigkeit gelehrt und geübt. Auch bin ich überzeugt davon, dass die prakticirenden schwed. Heilgymnasten, die ja ganz selbständig arbeiten, gewiss viele bez. Krankengeschichten, wohl auch mit guten Resultaten, aufweisen könnten; leider kommt aber so gut wie nichts davon zur Veröffentlichung. Nach Dr. E. Kleen (Handbuch d. Massage, wohl das beste in seiner Art) ist der Anfang zur Massage-Behandlung der Prostatahypertrophie 1877 von Estlander in Helsingfors gemacht. Später hat Rütte bei Retentio urinae in Folge von Prostatahypertrophie mit Massage dauernde Heilung erreicht. Reibmayr kann nur von einem Fall berichten, den er in der Abtheilung des Prof. Dr. Weinlechner mit localer Massage vom Mastdarm aus behandelt hat, mit dem Erfolg, dass der Kranke spontan uriniren konnte. Bei den Specialisten auf d. Gebiete der Therapie der Harnwege wie Thompson, Güterbock, Guyon finden wir von Massage so gut wie nichts erwähnt, nur allgemeine Körpermassage wird als Kräftigungsmittel angerathen.

Ich habe die wenigen, mir bekannten Autoren und die vereinzelten Fälle hier aufgeführt, hauptsächlich um zu betonen, dass die Eingriffe bei ihnen immer in localer Behandlung der Prostata bestanden. Ich habe auch selbst zwei Fälle in Stockholm in derselben Weise behandelt und im Laufe zweier Monate wenig erreicht. In Folge dieser Erfahrungen versuchte ich bei dem jüngst von mir behandelten Patienten einen anderen Weg einzuschlagen, und concentrirte den Schwerpunkt der mechanischen Eingriffe auf die Atonie der Blase. Die diesbez. Krankengeschichte ist im Kurzen folgende:

General a. D. v. B. 68 a. n. erschien diesen Sommer in Hapsal, wohin er aus Petersburg geschickt war, um Schlammbäder gegen Schwäche in den Beinen zu brauchen.

Dr. v. Gernet, sein behandelnder Arzt schickte ihn zu mir, zur Massagebehandlung der Beine, empfahl aber auch die Prostata-Hypertrophie mit, seit 3 Jahren bestehender völliger Atonie der Blase und totaler Retentio urinae meiner Berücksichtigung. Pat. litt ausserdem an Arteriosclerosis (kein Puls am rechten Bein) und Hämorrhoiden.

Vor 5 Jahren hatte er einen leichten Schlaganfall gehabt, in Folge dessen auch in der rechten Hand eine Schwäche der Bewegungen zurückgeblieben war. Pat. behauptet die Retentio urinae sei ganz plötzlich nach Gebrauch einer Serie von kalten Sitzbädern, die ihm verordnet waren, eingetreten. Er trägt seinen Catheter beständig bei sich und benutzt ihn 8—12 mal täglich.

In der Nacht keine Urinbeschwerden. Die Prostata ist stark hypertrophisch, trotzdem gelingt ihm das Einführen des Catheters (№ 20) mit der grössten Leichtigkeit und ohne Schmerzen, die überhaupt nirgend bestehen. Die Blase ist bei den schlaffen Bauchdecken deutlich als steifer harter Tumor zu fühlen. Im Urin Spuren von Epithel, sonst nichts abnormes. Pat. behauptet keine Geschlechtskrankheiten durchgemacht zu haben. Ueber den Anfang des Leidens konnte Pat. nur unklare Aufschlüsse geben.

Den 15. Juni begann ich die Behandlung: leichte Massage und passive Bewegungen der Beine und des rechten Armes, die zusammen mit Massage des Dammes blutableitend auf die unteren Beckenorgane einwirken sollte. Die grösste Aufmerksamkeit wandte ich jedoch der Blase zu, die mit leichten Streichungen und recht kräftigen, tiefgreifenden Vibrationen bearbeitet wurde. Pat. empfand während der Behandlung keinerlei Schmerzen. Nach Verlauf von 14 Tagen noch keine Veränderung in der Function der Blase, jedoch kehrt der Puls in der Tibialis ant. wieder, der bis hierzu nicht zu fühlen gewesen war und ist nachher immer, wenn auch schwach, so doch deutlich fühlbar. Den 15. Juli genau nach 1 Monat, kommt Pat. hocherfreut zur Behandlung und meldet, dass er nach dem Aufstehen, zum ersten mal nach 3 Jahren ohne Beschwerde spontan und reichlich urinirt hat. Es bleibt aber bei diesem einen Mal. Dann wieder am 18. und 21. Juli freies Uriniren und zwar nur am Morgen. Zu catheterisiren braucht Pat. sich aber seit der dritten Behandlungswoche nur 4 mal täglich (bisher 8—12 mal). Seit dem letzten spontanen Urinabgang ist Pat. im Stande bei jedesmaligem Harndrang frei, anfangs nur in Tropfen allmählich jedoch reichlicher Urin zu lassen, benutzt aber noch bis zum 6. August zur vollständigen Entleerung der Blase den Catheter. Von jetzt ab gute Function der Blase und freies Uriniren 4 bis 5 mal am Tage.

Den 15. August wird die Behandlung abgeschlossen, hat also genau 2 Monate gedauert. Bis zum 20. August sah ich den alten Herrn täglich und, dauerte der gute Zustand weiter fort; dann verliess ich den Badeort. Pat. versprach falls das alte Uebel wieder eintreten sollte, mich darüber zu benach-

richtigen, was bisher nicht geschehen ist, und muss ich daher annehmen, dass die Resultate der Kur noch andauern. Ausser der Massage hat Patient 20 Schlammbäder in Hapsal genommen.

Wenn der vorstehende Fall von Prostata-Hypertrophie auch der einzige ist, den ich in der geschilderten Art behandelt habe und ich über die Dauer der Heilung (richtiger Beseitigung der Symptome, denn die Prostata selbst blieb unverändert) nicht berichten kann, so halte ich es doch für meine Pflicht ihn zu veröffentlichen, weil es meiner Ansicht nach bei der Therapie dieses Leidens von wesentlicher Bedeutung ist, alle Aufmerksamkeit der Kräftigung der Muskulatur und genügenden Innervirung der Blase zuzuwenden und hierzu bietet eine richtig ausgeführte Massage mit ihren wirksamen Handgriffen ein nicht zu unterschätzendes Mittel. Jedenfalls ein Mittel, das vorher versucht werden sollte, bevor man sich zu so schweren, ja verstümmelnden Operationen entschliesst, wie sie die neueste Zeit angesichts der im Uebrigen bisher ziemlich trostlosen Prognose der Prostatahypertrophie empfohlen und angewandt hat. Hierzu die Anregung zu geben, ist der Zweck vorstehender Publication.

Dorpat, den 29. October 1895.

Referate.

S. Mintz: Ueber die Magenfunctionen bei Oesophagus-carcinom. (Wien. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 3).

Da die bisher vorhandenen Beobachtungen über die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens bei Oesophaguscarcinom Mintz für durchaus ungenügende erachtet, hat er nach dieser Richtung hin einige Untersuchungen angestellt und publicirt in Kürze seine erhaltenen Resultate. Die Autoren befanden sich bisher in zwei entgegenstehenden Lagern, indem Ewald und Neschaieff der Annahme sind, dass bei Oesophaguskrebs die Magendrüsensecretion ausgelöscht sei und die motorische Thätigkeit bedeutend herabgesetzt. Riedel und Boas dagegen mussten in den 4 nach dieser Richtung hin untersuchten und publicirten Fällen eine vollkommen normale secretorische Magenfunction constatiren. In den 3 Fällen nun, welche Verf. untersucht hat — 2 mal wurde Gastrostomie ausgeführt und der Mageninhalt konnte durch die formirte Fistel entnommen werden — hat er vollkommen normale Magenfunction in 2 Fällen gefunden, in einem Falle war Hyperacidität, bewirkt durch HCl vorhanden.

Hecker.

M. Steinlechner: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Morbus Basedowii und Tetanie bei einem Individuum. (Wien. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 1).

Von grossem Interesse ist der von Steinlechner publicirte Fall von combinirter Erkrankung an Morbus Basedowii und Tetanie bei einem zwanzigjährigen Mädchen, bei welchem vom 10. Lebensjahre an sich eine allmähliche Vergrösserung der Schilddrüse bemerkbar machte. Da anamnestisch im gegebenen Falle keinerlei nervöse Praedisposition eruirt werden konnte, glaubt Verf. darin eine neue Bestätigung der von Möbius aufgestellten Annahme zu besitzen, dass nämlich bei Kranken, die eine Struma haben, sich die Zeichen der Basedow'schen Krankheit entwickeln können. Der Symptomencomplex dieser Erkrankung war ein vollständiger. Die pathologisch-anatomische Untersuchung zeigte jedoch, dass man es nicht mit einer gewöhnlichen, weichen, gefässreichen Struma zu thun hatte, sondern dieselbe eine derbelastische, keine Gefässerweiterungen aufweisende Structur hatte, welcher Umstand wohl die starke Einengung der Luftröhre bewirkt hatte, so dass sogar eine Tracheotomie ausgeführt werden musste. Schon lange vor Beginn der Basedow'schen Krankheit fanden sich typische, anfallsweise auftretende, schmerzhafte Contractionen der oberen Extremitäten, auch bestanden die tetanischen Krämpfe während des Spitalaufenthaltes weiter.

Da nun nach früher gemachten Beobachtungen ein Zusammenhang zwischen Struma und Tetanie nicht geleugnet werden kann, wie ja auch letztere wiederholt nach Schilddrüsenexstirpationen beobachtet wurde, so glaubt Steinlechner auch in seinem Falle die Struma für die Entwicklung einer Tetanie verantwortlich machen zu dürfen. Bei der Section wurde nun in der Grosshirnrinde ein eingekapselter Cysticercus von Erbsengrösse gefunden, der bei Lebzeiten keinerlei Erscheinungen gemacht hatte.

Verf. glaubt nun im gegebenen Falle die Tetanie als so entstanden sich vorstellen zu dürfen, «dass die Grosshirnrinde durch einen fremden Körper dergestalt verändert wird, dass sie auch auf leichtere Reize, die von der Peripherie aus zu ihr gelangten mit bedeutenden motorischen Effecten reagirt. Dieser Annahme folgend können wir in diesem Falle das Auftreten der Tetanie befriedigend erklären. Durch die mangelhafte Function der Thyreoidea würde eine Intoxication des Körpers stattfinden, durch welche einerseits die weiteren Symptome des Morbus Basedowii zur Entwicklung gelangten, andererseits die angesammelten Toxine als Reiz der Nerven bei einem praedisponirten Individuum den typischen Symptomencomplex der Tetanie hervorrufen müssten».

Hecker.

E. Fraenkel: Ueber seltenere Localisation der Tuberkulose. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 2).

Im Hamburger ärztlichen Verein stellte F. zuerst ein Präparat von disseminirter knotiger Oesophagus-Tuberkulose vor, das einem 33-jährigen im Sommer 1895 an Lungen- und Darmtuberkulose verstorbenen Manne entstammte. Der Oesophagus war bedeckt mit einer grossen Zahl bis hanfkorngrosser, kugeliger, gelblicher Knötchen, von denen einzelne oberflächlich zerfallen, andere von einer glatten Mucosa bekleidet waren. Daneben fanden sich kleinere Herde mit zackigen, zerfressenen Rändern und unebenem Grunde und endlich kreisrunde, scharf geränderte und mit glattem Grunde versehene, bis 3 Mm. im Durchmesser haltende Substanzverluste. Kehlkopf, Trachea und peritracheale Lymphdrüsen waren frei. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden Tuberkel in allen Wandschichten des Oesophagus bis herab in die quergestreifte Muskulatur angetroffen. Dieselben enthielten nur spärlich Riesenzellen und zeichneten sich durch grosse Armuth an Tuberkelbacillen aus. Das seltene Befallenwerden des Oesophagus erklärt F. übereinstimmend mit Zenker durch das kurze Verweilen infectiösen Materials in der Speiseröhre und durch das gewaltige, aus Plattenepithel gebildete Zelllager. Das Gros der Fälle von Oesophagustuberkulose betrachtet er als Inoculations-Tuberkulose, bedingt durch das Verschlucken bacillenhaltigen Sputums. Diesen Fällen gegenüber scheinen durch embolische Verschleppung auf dem Wege der Blutbahn herbeigeführte die Ausnahme zu bilden.

Das zweite Präparat (papilläre Cervix-Tuberkulose) war bei der Section einer 28-jährigen an den Folgen einer durch tuberkulöse Spondylitis bedingten Compressionsmyelitis verstorbenen Frau gewonnen. Die Schleimhaut des Cervix war mit zahlreichen bis 1.5 cm. langen, vielfach büschelförmig angeordneten zottigen Auswüchsen besetzt, welche in der Höhe des Os internum scharf abschnitten, sich dagegen auf die Portio, besonders deren hintere Lippe, fortsetzten. Scheide vollkommen intact. An der Portio waren die Auswüchse niedriger, und hatten eher ein knötchenförmiges Aussehen. Unter dem Mikroskope erwiesen sich diese knötchenförmige Gebilde als echte Tuberkel mit einer Menge Bacillen, die besonders in Riesenzellen eingeschlossen waren. An der Bildung der Auswüchse im Cervix participirten alle für die Zusammensetzung der Tunica propria in Betracht kommenden Gewebsbestandtheile. Die Tuberkeleruptionen fanden sich theils an der Basis, theils mitten im Körper, theils dicht unterhalb der freien Oberfläche der beschriebenen zottenartigen Auswüchse. Die tieferen Muskellagen waren vollkommen frei. Die histologische Untersuchung eines Stückes der linken Tube ergab, dass die Mucosa in ein hier und da Langhans'sche Riesenzellen beherbergendes tuberkulöses Granulationsgewebe umgewandelt war, in welchem sich wenig Tuberkelbacillen vorfanden. Die Uterus-Innenwand erwies sich durchaus frei von tuberkulösen Veränderungen. Es handelte sich also in diesem Fall um eine secundäre im Gefolge der Wirbelerkrankung aufgetretene Tuberkulose des Genitalapparates, die übrigens symptomenlos verlief. Bei dem Fehlen jeglicher regressiver Veränderungen an den tuberkulösen Producten kann der Process erst verhältnissmässig kurz vor dem Ende der Patientin zur Entwickelung gelangt sein.

Weyert.

A. Martinez Vargas: Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Phenocollum hydrochloricum. (Therapeutische Wochenschrift Nr. 1, 1896).

Bisher sind bei der Behandlung des Keuchhustens viele Mittel empfohlen, weil nur zu bald ihre Unzulänglichkeit erkannt werden musste, so dass man sich nicht mit Unrecht der Anpreisung eines neuen Mittels in der Therapie dieser quälenden Krankheit gegenüber einigermaassen skeptisch verhalten möchte. Immerhin könnten Versuche auch weiterhin mit dem vom Verfasser empfohlenen Phenocollum hydrochloricum (Amidoacetparaphenitidin) gemacht werden. Er hat dieses bereits 1892 von Tripold und 1893 von Modigliano versuchte Mittel in 42 Fällen von Keuchhusten angewendet — 8 Krankengeschichten werden in Kürze angeführt — und sah bereits nach 6—12 Stunden eine Besserung eintreten, die nach 24 Stunden schon ganz deutlich wahr

nehmbar war. Die Dosirung war 1,0 -2,0 pro die in versüsster wässriger oder Gummilösung. Der convulsive Charakter des Hustens wurde erheblich herabgesetzt und die Frequenz der Anfälle nahm ab. Und zwar ist der Einfluss des Phenocollum hydrochloricum offenbar ein sedativer; einen bactericiden Einfluss scheint es nicht zu besitzen. Irgendwelche unangenehme Nebeneinwirkungen, wie Erbrechen, Diarrhoen, Collaps sind nicht beobachtet worden. Bei längerem regelmässigen Gebrauch dieses Mittels trat dauernde Besserung und frühzeitige Heilung des Keuchhustens ein. Als Antipyreticum und Antineuralgicum wird ja das Phenocollum hydrochloricum bekanntlich mit Erfolg angewandt. Hecker.

Dr. M. Strigower: Zur Casuistik der Blutungen. (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1896).

Verf. macht auf seine Beobachtungen in Bezug auf das Methylenblau aufmerksam, welches er in 2 Fällen, wo Blutungen vorhanden waren, mit Erfolg verordnet hatte. Der erste Fall betraf eine 60-jährige Frau, die über Fieber, Schmerzen im Kreuz, schmerzhaften Harndrang und blutigen Urin klagte. Die Haut war von schmutziger Farbe. Petechien am Körper, sonst nichts Anormales. Verf. dachte an ein Neoplasma in den Harnorganen und verabfolgte der Kranken 3 mal täglich Methylenblau in Kapseln zu 0,1. Bereits am nächsten Tage war vollkommen normale Temperatur, gutes Wohlbefinden und blutloser Urin zu constatiren. Im zweiten Falle, wo eine sichere Diagnose auf Morbus Werlhoffii gestellt werden konnte, schwanden die vorhandenen Blutbeimengungen im Urin und Speichel und sistirte die Blutung aus dem Zahnfleisch bereits nach der dritten Gabe von Methylenblau à 0,1. — Die blutungshemmende Wirkung des Methylenblau verdient jedenfalls auch weiterhin geprüft zu werden. Hecker.

E. von Bergmann: Ueber Einheilung von Pistolenkugeln im Hirn nebst Bemerkungen zur Behandlung von Schusswunden im Kriege. (Sonderabdruck aus der Festschrift zur 100-jährigen Stiftungsfeier des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts).

v. B. fasst in oben citirter Rede seine bruchstückweise schon an den verschiedensten Stellen veröffentlichten Anschauungen über die kriegschirurgische Behandlung der Schusswunden zusammen, indem er zunächst von der Entwickelung der Antisepsis ausgehend, ihren Uebergang zur Asepsis schildert, um dann zu der practisch ja noch immer nicht entschiedenen Frage der primären Desinfection frischer Wunden überzugehen. Für v. B. ist sie entschieden. Die Erfahrungen die in der Behandlung der complicirten Fracturen seit Lister und Volkmann gemacht wurden und die schliesslich einen Unterschied finden lehrten zwischen Fracturen mit breiter Zerstörung der bedeckenden Weichtheile und solchen mit nur kleiner Communication mit der Aussenwelt, diese Erfahrungen der Friedenspraxis, sie hatten ihre practische, kriegschirurgische Berechtigung schon erhalten durch die Beobachtungen von B's auf den Schlachtfeldern der Türkei, wo von 15 Schussfracturen des Kniegelenks die primär occlusiv behandelt wurden 14 ausheilten. — B. verwirft demgemäss die primäre Desinfection sowohl für die Friedens- als für die Kriegspraxis. Für grosse Wunden mit erheblichen Zerstörungen der Decken hat an die Stelle zu treten die Freilegung — Blutstillung — aseptische aufsaugende Tamponade. Die Kleingewehrwunden sind nach Reinigung der Haut occlusiv zu behandeln obgleich durch das Projectil Infectionsstoffe hineingetragen werden können. v. B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die eingedrungenen Fremdkörper brauchen keine Keime zu enthalten, und wenn doch so brauchen diese keine Entzündung zu erregen.

2. Das Blut schwemmt ebenso wie das Wundtranssudat einen Theil dieser eventuellen Schädlichkeiten aus.

3. Die Kleinheit der Hautwunde fordere daher zu primärer Occlusion auf, auch wo innen grössere Zerstörungen bestehen, nach Analogie der complicirten Fracturen des Friedens.

4. Die primäre Wunddesinfection ist überall entbehrlich weil wahrscheinlich überall unnütz — sie sei daher zu verlassen.

5. Weil die primäre Infection der Schusswunden selten ist sollen primär zweckmässige Dauerverbände auf dem I. Verbandplatz angelegt werden.

6. Nur Zerschmetterung und Blutung fordern Operationen und zwar Amputation und Unterbindung. Dann Tracheotomien, Blasenschnitt etc.

Der aseptische Occlusivverband sei auch unter den ungünstigsten Bedingungen des Kriegsschauplatzes möglich und das Material durch Kochen herzustellen. Die primäre Occlusion hat ebenso ihre Bedeutung für die Schädelschüsse wie für die Extremitäten. Das zeigt nun v. B. an 32 perforirenden Revolverschüssen. Von diesen waren 8 von vornhinein hoffnungslos und starben bald nach der Verletzung. Bei ihnen kam eine Behandlung also überhaupt nicht in Frage. Von den 24 übrigen starben blos 5 (!). — Ihren klinischen Symptomen nach theilt v. B. die perforirenden Schädelschüsse in 3 Typen: erstens solche welche bewusstlos eingebracht unter den Erscheinungen progredienten Hirndrucks entweder zu Grunde gehen, oder am anderen Tage etwa einen Stillstand der Druckerscheinungen zeigten, dem bald die Besserung folgte. 2-tens Kranke bei denen keine Bewusstlosigkeit bestand, jedoch von der Verletzung ab eine localisirte Paralyse (motorische Region) 3-tens solche ohne nachweissliche functionelle Schädigung des Hirns bei Bestehen der Perforation.

Die erste Gattung weist Eröffnung der Ventrikel oder erhebliche Blutungen in die Meningen auf. Die 2 te giebt die anatomische Diagnose durch den Ausfall der Function. Die 3-te endlich zeigte Verletzungen von Hirnpartien deren Zerstörung keinen merkbaren Ausfall erkennen lässt (Frontallappen etc.).

Zum Schluss giebt v. B. die Indicationen zur primären Trepanation:

1) Wenn eine Stelle getroffen sei die eine Verletzung der Meningen vermuthen liesse und die Erscheinungen des Hirndrucks nach einem Intervall auftreten.

2) Wenn motorische Rindenlaesion bestehe.

3) Bei acutem Hirnabscess, da hierdurch die Leptomeningitis coupirt werden könne.

4) Bei spät auftretenden Hirnabscessen.

Ausserdem würden grössere Eingriffe nöthig bei tangentialer Auffurchung des Schädels, bei Zerschmetterung der Orbita mit Aufreissung der Nase oder ihrer Nebenhöhlen. — Im übrigen fordert v. B. gestützt auf die oben angeführten Erfahrungen bei perforirenden Schädelschüssen, wenn sie nicht bestimmt inficirt sind und eine kleine Hautöffnung besitzen streng: «nicht anrühren», «nicht untersuchen». Es genüge die möglichst frühzeitige Anlegung des antiseptischen Occlusiv-Verbandes auch im Frieden.

Dies in kurzen Zügen die Arbeit Bergmanns. Was noch an Fragen durch Streiflichter nach allen möglichen Richtungen beleuchtet und berührt wird, lässt sich nicht in den Rahmen eines Referates fassen. Es will im Orginal gelesen sein und enthält in knapper Form v. Bs. Anschauungen über Wundbehandlung — Desinfection. Asepsis — auch im Frieden, vor allem aber sein wohl begründetes kriegschirurgisches Glaubensbekenntniss. Zoege.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Seifert und Müller: Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik. Neunte Auflage. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden, 1896.

Dieses kleine Taschenbuch klinischer Diagnostik erfreut sich einer so grossen Beliebtheit namentlich unter den lernenden Medicinern und hat eine derartige Verbreitung gefunden — Uebersetzungen desselben in vier fremde Sprachen sind bereits vorhanden —, dass es keinerlei Begutachtung bedarf. Hiermit soll nur das Erscheinen einer neuen Auflage, der neunten schon, in noch nicht vollendetem Decennium seiner Existenz, erwähnt werden, die wieder vervollständigt worden ist durch ein Capitel, welches eine zusammenfassende Uebersicht über die gebräuchlichsten Bade- und Trinkquellen bringt. Hecker.

Prof Aug. Gärtner. Leitfaden der Hygiene. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 146 Abbildungen. (Verlag von S. Karger. Berlin 1896. M. 7.—).

Die erste Auflage dieses Leitfadens ist in unserer Wochenschrift 1892 № 36 eingehender besprochen worden, weshalb ich auf die genannte Recension verweisen möchte. Das Büchlein hat eine recht grosse Verbreitung gefunden und nun ist bereits die zweite Auflage erschienen, in vielen Capiteln von Grund aus umgearbeitet und vervollständigt. Die neueren Reichsgesetze und — beschlüsse, soweit dieselben einige Beziehung zur Wahrung der Volksgesundheit haben, sind an den betreffenden Stellen entweder genannt, oder ist auf sie hingewiesen worden. So bringt namentlich das Capitel der Infectionskrankheiten wieder viel Neues, sowohl in der Abhandlung über die Prophylaxe als auch über die Cholera, die während der letzten einheimischen Epidemieen den Fachleuten zur Erkenntniss neuer Thatsachen, neuer Vorsichtsmaassregeln verholfen hat, um mit mehr Erfolg den Kampf mit diesem Eindringling führen zu können, als es in früheren Zeiten möglich war.

Wir sind überzeugt, dass dieses Buch auch in seiner zweiten Auflage den verdienten Erfolg als practischer, in knapper Weise das Nöthige gebender Leiter finden wird. Sollte nach einiger Zeit sich das Bedürfniss nach einer neuen Auflage geltend machen, so wäre es vielleicht ganz erwünscht, wenn in derselben dem Gefängnisswesen, den Verbesserungs- und

Irrenanstalten, soweit es in den Rahmen eines Leitfadens der Hygiene passt, auch ein Capitel eingeräumt werden würde.

Th. Hecker.

Meyer. Traité pratique des maladies des yeux. 4-me édition. Paris. Masson 1895.

Die vorliegende vierte Auflage des rühmlichst bekannten Lehrbuchs der Augenkrankheiten braucht kaum eine Empfehlung, da sie sich von den früheren nur durch grössere Vollständigkeit entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft unterscheidet. In dem 800 Seiten umfassenden Werke des namhaften Pariser Ophthalmologen findet sich die ganze Augenheilkunde ausführlich erörtert. Die Darstellung ist eine sehr klare, auch bei den schwierig zu beschreibenden Operationen, und nicht so trocken, wie sonst nicht selten in derartigen Büchern. Nicht wenig tragen zum leichteren Verständniss die 261 meist sehr guten Abbildungen bei. Einige Ausstellungen lassen sich wohl machen: so sind einige neuere Operationen kaum erwähnt, die Perimetermessung des Strabismus nur flüchtig berührt u. s. w.; ein Lehrbuch kann aber nicht allumfassend sein und wir können daher das vorliegende trotz dieser kleinen Mängel sowohl Studirenden wie auch Aerzten nur warm empfehlen.

Schroeder.

К. Шредеръ, Учебникъ акушерства. Переводъ съ 12-го нѣмецкаго изданія. К. Л. Риккеръ. 1896.

Bekanntlich ist die russische Uebersetzung des Schröderschen Lehrbuchs der Geburtshilfe sehr verbreitet und nimmt noch bis jetzt eine angesehene Stellung ein. Während nun das deutsche Original eine neue Auflage nach der anderen erlebte, die mit Verbesserungen versehen waren, gab es schon seit Jahren keine neue russische Auflage, trotzdem sich ein starkes Bedürfniss darnach geltend machte. Es ist ein grosses Verdienst der Ricker'schen Verlagshandlung dieses classische Werk jetzt auch in russischer Sprache entsprechend dem jetzigen Stande der Wissenschaft durch Uebersetzung der neuesten deutschen Auflage herausgegeben zu haben. Der Name eines so tüchtigen Fachmannes wie es Prof. Rein ist, bürgt für die gute Uebersetzung des Werkes. Demselben ist eine Biographie Schröder's und Horwitz', des ersten russischen Uebersetzers beigegeben worden. Die Ausstattung des russischen Werkes steht dem deutschen Original nur wenig nach, was viel sagen will. Die würdige Ausstattung der aus dem Ricker'schen Verlage hervorgehenden Werke entspricht durchaus dem inneren Gehalt derselben, und unterscheidet sich wesentlich von den erbärmlich ausgestatteten überaus zahlreichen russischen Uebersetzungen anderer Verlagshandlungen.

W. Beckmann.

F. A. Hoffmann, Vorlesungen über allgemeine Therapie. Leipzig, Verlag von Vogel. 4. Aufl. 1895.

Der Ruf der Hoffmann'schen allgemeinen Therapie ist so fest begründet, dass es genügt an dieser Stelle das Erscheinen einer neuen dazu noch umgearbeiteten Auflage anzuzeigen. Der reiche Inhalt des Buches, die interessante Darstellung des Stoffes und die vielfach originellen Anschauungen des Verfassers machen die Lectüre des Buches zu einem Genusse, dem sich Ref. gerne unterzogen hat. Dieses Buch sollte in der Bibliothek jedes Arztes vorhanden sein.

B.

K. Kreibich: Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Lobulaerpneumonie, insbesondere der Aspirations-Pneumonie. — Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie. Heft 13. Verlag von Wilhelm Braumüller. (Wien und Leipzig 1896).

In der vorliegenden Monographie macht uns Kreibich mit dem Resultate seiner Studien bekannt, die er an einer Reihe von Lobulärpneumonien gemacht, um einige Klarheit in die Frage über die Krankheitserreger bei Lobulärpneumonien zu bringen und die durch die einzelnen Microorganismen hervorgebrachten Veränderungen des Lungengewebes zu constatiren. Von den 28 untersuchten Fällen konnte 20 mal eine vorhergegangene Aspiration mit Sicherheit angenommen werden. Die angestellten Untersuchungen und die Ergebnisse zeugen von dem grossen Fleisse und der ungeheuren Sorgfalt, die Verf. hatte anwenden müssen, um seine Beobachtungen zu einem einigermassen sicheren Resultate bringen zu können, und Beherrschen der Bacteriologie auch nach der Seite der Technik hin ist jedenfalls Eigenthum des Verf. Die Arbeit ist höchst interessant abgefasst und kann nur zur Bereicherung der Literatur im vollen Sinne des Wortes dienen.

Hecker.

P. Tillaux: Руководство къ топографической анатоміи въ примѣненіи къ хирургіи. Перев. проф. Таубера. (С.-Петербургъ 1895).

Uns ist soeben die Schlusslieferung der zweiten russischen Ausgabe der bekannten Tillauxschen topographischen Anatomie zugegangen. Zu bemerken ist, dass diese Ausgabe eine Uebersetzung der VII. französischen Auflage, die im Jahr 1893 erschien, ist. Die bestens bekannte Verlagshandlung und der Uebersetzer haben sich wieder durch gewissenhafte und schnelle Arbeit ausgezeichnet. Es ist ein angenehmes Bewusstsein, sich auf präcises und schnelles Erscheinen von in Lieferungen herausgegebenen Büchern verlassen zu können. Die Rickersche Anstalt genügt auch in dieser Beziehung allen Ansprüchen — was man von vielen ausländischen, auch renommirten Verlagshandlungen, nur selten sagen kann. Bei dem schnellen Aufschwung, den die Chirurgie und damit auch die chirurgische Anatomie in letzter Zeit in Russland nehmen, wird gewiss bald eine neue Auflage des hiermit bestens empfohlenen Werkes nöthig werden.

Wanach.

Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office, United States Army. Vol. XVI. (Washington 1895).

— **Alphabetical list of abbreviations of titles of medical periodicals employed in the Index-Catalogue etc.** Ibidem.

Mit diesen Bänden ist der Katalog einer der besten, vielleicht der reichhaltigsten Bibliothek der Welt, vollendet. Es ist ein bibliographisches Meisterwerk, das soviel Ausdauer, praktischen Sinn, Geldmittel, höchste technische Vollendung verlangt hat, wie sie vereint nur in Amerika und England zu finden sein dürften. Die Orientirung ist sehr leicht, Druckfehler sind auch bei fremdsprachigen Titeln kaum zu finden (was sonst sehr selten ist). Es ist das Verdienst des durch solche Arbeiten zu Weltruhm gelangten John Billings, dass das Werk weit mehr bedeutet, als einen gewöhnlichen Katalog; es ist ein bibliographisches Quellenwerk ersten Ranges, das immer seine Bedeutung behalten wird. Mit besonderer Genugthuung muss man die Ankündigung begrüssen, dass in Zukunft Ergänzungsbände erscheinen sollen, die alles nachträglich Eingelaufene registriren werden. Möge es dem hochverdienten Herausgeber noch lange vergönnt sein, das Werk in demselben grossen Stil fortzuführen.

W.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1895.

Zusammengestellt vom Secretär: Dr. W. Beckmann.

Während des Jahres 1895 hielt der Verein 17 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 23 Mitgliedern 28 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 10 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate, Apparate und Abbildungen demonstrirt wurden. Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen.

Innere Medicin.

Hagentorn, Ueber Endarteritis obliterans und Arteriosclerose.
Högerstedt, Ueber die krankhafte Verengerung und Verschliessung der vom Aortenbogen abgehenden grossen Arterien.
Krewer, Ein Fall von Hysterie.
Kroug, Beschäftigungsneurose mit Krämpfen im rechten Sterno-Cleido-Mastoideus.
Derselbe, Zur Therapie der Obstipation.
Masing, Ein Fall von sehr lange dauerndem Icterus.
Moritz, Ein Fall von verticaler Albuminurie.
Westphalen, Ueber die Behandlung der Obstipation.

Chirurgie.

Beckmann, 3 Fälle von Darmfisteln.
Dombrowski, Ueber die Hernia epigastrica.
Horn, Zur Behandlung der Scoliose.
Richter, Ueber Aethernarcose.
Selenkoff, Zur Narcosenfrage.
Tiling, Ein Fall von Gastrostomie nach Sabanejew.
Derselbe, Ein Fall von Colostomie.
Wanach, 3 operirte Fälle von Hernia epigastrica.
Derselbe, Ein Fall von Appendicitis und subphrenischem Abscess.
Derselbe, Ueber multiple Darmfisteln.
Derselbe, Ueber Entfernung des ganzen Schultergürtels.

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Beckmann, Ueber die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per laparotomiam.
Dobbert, Ueber Affectionen der Haut im Zusammenhang mit der Menstruation oder Erkrankungen der Genitalorgane des Weibes.
Lingen, Zur Casuistik des Menstrualexanthems.

Kinderheilkunde.

Feldt, Ueber Serumtherapie der Diphtherie.

Heuking, Demonstration eines Kindes mit angeborenem Radiusdefect.
Hörschelmann, Ein Fall von Gehirnerkrankung bei einem Neugeborenen.
Lunin, Ueber Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

Augenheilkunde.

Blessig, Demonstration von in Glycerin-Gelatine eingebetteten Präparaten.
Blessig, Ein Fall von gummöser Erkrankung der Orbita, der mittleren Schädelgrube und des Gehirnes.
Germann, Ueber Tätowirung von Leukomen mit chinesischer Tusche.

Hautkrankheiten.

von Petersen, Ueber Trichorrhexis nodosa.

Vermischtes.

— Nachstehendes interessantes **Arbeitsprogramm des III. internationalen Congresses für Psychologie**, der vom 4.—7. August a. c. in München abgehalten werden soll, wird wohl viele unserer Leser interessiren:

I. Psychophysiologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Professor **Rüdinger**, Professor **Graetz**, Privatdocent Dr. **Cremer**.

A) **Anatomie und Physiologie** des Gehirns und der Sinnesorgane (körperliche Grundlagen des Seelenlebens).
Formentwicklung der Nervencentren. Lokalisations- und **Neuronenlehre**, Leitungsbahnen und Bau des Gehirns.
Psychologische Funktion der Centraltheile, Reflexe, Automatismus, Innervation, Specifische Energieen.

B) **Psychophysik**. Zusammenhang physischer Vorgänge mit psychischen. Psychophysische Methodik, Fechner's Gesetz, **Sinnesphysiologie** (Muskelsinn, Hautsinn, Gehörs- und Lichtempfindung, audition colorée), psychische Wirkungen bestimmter Agentien (Arzneistoffe) Reactionszeiten. Messung vegetativer Reactionen (Athmung, Puls, Muskelermüdung).

II. Psychologie des normalen Individuums.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Professor **Lipps**, Privatdocent Dr. **Cornelius** Dr. **Weinmann**.

Aufgaben, Methoden, Hilfsmittel, Beobachtung und Experiment — **Psychologie der Sinnesempfindungen**, Empfindung und Vorstellung, Gedächtniss und Reproduction — **Associationsgesetze**, Verschmelzung — **Bewusstsein und Unbewusstes**. Aufmerksamkeit, Gewohnheit, Erwartung, Uebung — **Raumanschauung** des Gesichts, des Getast's, der übrigen Sinne, Tiefenbewusstsein, geometrisch optische Täuschungen, Zeitanschauung.

Erkenntnisslehre—Phantasiethätigkeit—**Gefühlslehre**, Gefühl und Empfindung, sinnliche, ästhetische, ethische und logische Gefühle, Affekte, Gefühlsgesetze—**Willenslehre**, Willensgefühl und Willenshandlung, Ausdrucksbewegungen, Thatsachen der Ethik — **Selbstbewusstsein**, Entwicklung der Persönlichkeit, individuelle Verschiedenheiten derselben.

Hypnotismus. Suggestionslehre, normaler Schlaf, Traumleben — **psychischer Automatismus**, forensische und pädagogische Bedeutung der Suggestion, pädagogische Psychologie.

III. Psychopathologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Professor Dr. **Grashey**, Dr. Freiherr von **Schrenck-Notzing**, Herr Edmund **Parish**.

Bedeutung der **Erblichkeit** auf psycho-pathologischem Gebiet. Statistisches, Frage nach Vererbung erworbener Eigenschaften, psychische Beziehungen (leibliche und seelische Vererbung), Erscheinungen der Entartung (Degeneration), psychopathische Minderwerthigkeit, Entartung und Genie. Sittliche und sociale Bedeutung der Erblichkeit.

Beziehungen der **Psychologie** zum **Criminalrecht**.
Psychopathologie der **Sexualempfindungen**.
Grosse **Neurosen** (Hysterie, Epilepsie).

Alternirende Bewusstseinszustände, **psychische Ansteckung**, **pathologische Seite des Hypnotismus**, pathologische Schlafzustände.

Psychotherapie, praktische Anwendung der Suggestion zu Heilzwecken.
Verwandte Erscheinungen: **Suggestion mentale**, Telepathie, psychischer Transfert, internationale Hallucinationsstatistik.
Einschlägiges aus dem Gebiete der **Psychiatrie**, wie **Sinnestäuschungen**, **Zwangsvorstellungen**, Aphasie und Verwandtes.

IV. Vergleichende Psychologie.

Auskunft über nachstehendes Arbeitsgebiet ertheilen: Professor Dr. **Ranke**, Dr. G. **Hirth**, Dr. **Fogt**.
Moralstatistisches.
Seelenleben des Kindes.
Die psychischen Functionen der Thiere.
Völkerpsychologie und anthropologische Psychologie.
Vergleichende Sprach- und Schriftforschung in ihrer Beziehung zur Psychologie.

— Die Wilnasche medicinische Gesellschaft hat den ehemaligen Warschauer Professor **Baranowski** (Therapeut), sowie die gegenwärtigen Professoren der Warschauer Universität **Brodowski** (Patholog) und **Kossinski** (Chirurg), zu **Ehrenmitgliedern** gewählt.

— Professor Dr. **Leyden** in Berlin ist zum **Associate Fellow des «College of Physicians» in Philadelphia** ernannt worden.

— Der Oberarzt des «Golizyn-Hospitals» in Moskau der bekannte Chirurg Dr. **Nikolai Stukowenkow**, hat nach 20-jährigem Dienst an diesem Hospital seinen Abschied genommen. Aus diesem Anlass wurden ihm von den Aerzten und den Feldscherern des Hospitals Adressen überreicht. Die Hospital-Aerzte veranstalteten ausserdem ihrem um das «Golizyn-Hospital» hochverdienten Vorgesetzten zu Ehren ein Abschiedsdiner.

— Am 18. Januar beging die «**St. Petersburger Geburtshülflich-Gynäkologische Gesellschaft**» ihr 10jähriges Bestehen mit einer Plenarversammlung im Saale der Entbindungsanstalt unter dem Vorsitz des Dr. **Stolz**. Wie aus dem Rückblick auf die 10jährige Thätigkeit der Gesellschaft hervorgeht, sind in den Sitzungen der Gesellschaft im Ganzen 194 wissenschaftliche Vorträge gehalten worden. Die von der Gesellschaft herausgegebene Zeitschrift «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней» (redigirt von Professor **Ott** und Dr. **Litschkus**) zählt gegenwärtig 600 Abonnenten. Die Zahl der Mitglieder, welche bei der Gründung 96 betrug, ist gegenwärtig auf 182 gestiegen.

Verstorben: 1) In Charkow der Arzt am dortigen Fräulein-Institut, Wirklicher Staatsrath Dr. **Woldemar Hagentorn** in Folge von Ruptur eines Aneurysma im fast vollendeten 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Witebsk geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1850—1855 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1857 war Hagentorn anfangs mehrere Jahre Arzt bei der Kanonengiesserei in Petrosawodsk, hielt sich darauf ein Jahr behufs wissenschaftlicher Studien im Auslande auf und liess sich nach seiner Rückkehr im Jahre 1862 als Arzt in Charkow nieder, wo er die erste Zeit als dirigirender Arzt der «Heilanstalt für ambulante Kranke» und Arzt der «Deutschen Kirchenschule», von 1868—1888 aber als Arzt am «Adeligen Fräulein-Institut» fungirte. 2) Am 9. Januar in Warschau der dirigirende Arzt der chirurgischen Abtheilung im Krankenhause «Kindlein Jesu», Dr. **Franz Jawdynski** im Alter von 45 Jahren. Er starb unter pyämischen Erscheinungen an Malleus, mit dem er sich bei der Operation an einem Collegen, dem Stadtarzt Dr. **Ljaskowski** (in Kielce), inficirt hatte, der an dieser Krankheit nach der Section eines rotzkranken Kindes erkrankt war. 3) In St. Petersburg der praktische Arzt **Alexei Snakomzew**, Specialist für Syphilis und Hautkrankheiten.

— Eine für die **Medicin interessante und wichtige Entdeckung** ist von dem Director der chemischen Abtheilung der medicinischen Facultät in Freiburg in Br. Professor E. **Baumann**, gemacht worden. Er hat nämlich nachgewiesen, dass die Schilddrüse einen nicht unbeträchtlichen Gehalt an Jod, und zwar in Form einer organischen Verbindung enthält, welcher **Baumann** den Namen **Thyreojodin** beigelegt hat. Durch diese Entdeckung der organischen Jodverbindung in der Schilddrüse ist uns das Verständniss erschlossen für die Erfolge der modernen Behandlung des Kropfes mit Schilddrüsenextract. Jod ist ein Stoff, welchen wir nur in sehr bedeutender Verdünnung durch unsere Nahrungsmittel unserem Körper zuführen. Dass dieser Stoff nun in der Schilddrüse abgelagert, aufgespeichert und in eine wichtige Verbindung übergeführt wird, ist ein Beweis, dass die Schilddrüse das Jod braucht.

Es scheint nun nach den Untersuchungen Professor Baumann's, dass beim Kropf die Quantität des Jods verringert ist, durch die Ernährung des Kropfkranken mit thierischen Schilddrüsen aber dem Körper desselben das fehlende Jod in geeigneter Form wieder zugeführt wird und auf diese Weise die glänzenden Resultate bei diesen früher nur auf operativem Wege zu heilenden Krankheiten erlangt werden.

— Die von dem Professor der Physik A. Röntgen in Würzburg gemachte hochinteressante Entdeckung der X-Strahlen und ihre ungeahnte Verwendung zur photographischen Aufnahme von Knochen, pathologischen Körpern im menschlichen Leibe etc. beherrscht in den letzten Wochen in hohem Grade das Interesse der medicinischen und naturwissenschaftlichen Kreise. Ueberall werden die Röntgen'schen Versuche wiederholt und fast jeder Tag bringt überraschende Mittheilungen über positive Erfolge, die mit den Röntgen'schen Strahlen erzielt werden. Die praktische Verwerthbarkeit dieser Entdeckung für die Heilwissenschaft, besonders für die Diagnose von Verletzungen und chirurgischen Leiden der Knochen, unterliegt kaum mehr einem Zweifel. So hat z. B. Professor Kocher in Bern durch photographische Aufnahme nach Röntgen's Methode den Sitz einer Nadel, die in die Hand eines Kindes gedrungen war, ermittelt, so dass er ohne operativen Eingriff die Nadel entfernen konnte. Professor Neusser in Wien ist es gelungen mit Röntgen X-Strahlen in seiner Klinik Diagnosen auf Gallen- und Blasenstein zu stellen. Der Blasenstein ist als Phosphat für die X-Strahlen vollkommen undurchgängig, so dass man am Negativ eine rein weisse Projectionsfläche auf schwarzem Grunde erhält. Beim Gallenstein, der aus Cholesterin besteht und die X-Strahlen theilweise durchlässt, ist das Projectionsbild matt-dunkel. Mit Hülfe der neuen Entdeckung dürfte es gelingen, den Kranken bei Untersuchungen und Operationen viele Schmerzen zu ersparen, da man nun nicht nur das Vorhandensein pathologischer Körper, sondern auch deren Lage unmittelbar und genau bestimmen kann. Bei der voraussichtlichen Vervollkomnung der Methode eröffnet sich jedenfalls eine ungeahnte Perspective für die Zukunft.

— Die Choleraepidemie in Russland ist in stetiger Abnahme begriffen, so dass man ein vollständiges Erlöschen derselben in nächster Zeit erwarten kann. In St. Petersburg (Stadt) erkrankten vom 13. — 19. Januar 6 Personen, genasen 30 und starben 5, so dass der Bestand der Cholerakranken am 19. Januar nur noch 6 betrug. Im Gouvernement St. Petersburg sind vom 6. — 18. Januar keine Erkrankungen mehr vorgekommen, im Gouvernement Kiew im selben Zeitraum nur 3 Erkrankungen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Januar d. J. 8396 (105 mehr als in d. Vorw.), darunter 1719 Typhus — (99 mehr), 727 Syphilis — (5 wenig.), 167 Scharlach — (2 mehr). 53 Diphtherie — (10 mehr), 140 Masern — (14 mehr), und 37 Pockenkranke — (7 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Fuchs. Leseproben. Schriftscalen. Wien, Safár 1895.
Habart. Unser Militär-Sanitätswesen. ibidem 1896.
Handbuch für die Militärärzte. II. Band, Heft 1—3. ibidem 1895.
Filatow. Acute Infectionskrankheiten. ibidem 1895.
Navrátil. Elemente der psychischen Therapie. ibidem 1896.
Fernwald. Asepsis und Antisepsis. ibidem 1895.
Fernwald. Der Kaiserschnitt. ibidem 1894.
Maydl. Subphrenische Abscesse. ibidem 1894.
Kukula. Lithiasis der Harnblase. ibidem 1894.
Eichenwald. Der Plattfuss. ibidem 1896.
Hochsinger. Gesundheitspflege des Kindes. Leipzig, Deuticke 1896.
Dieudonné. Schutzimpfung und Serumtherapie. Leipzig, Barth 1895.
Olivier. Sigismund. Französisch für Mediciner. Leipzig, Spindler.
Haclesy. Sigismund. Englisch für Mediciner. ibidem.
Sonnenburg. Perityphlitis. Leipzig, Vogel 1895.
Blasius. Physikalische Uebungen. Leipzig, Hirzel 1895.
Steffen. Wichtige Krankheiten des Kindesalters. Tübingen, Laupp 1895
Küster. Krankenpflege. Marburg, Elnert 1895.
Lersch. Geschichte der Volksseuchen. Berlin, Karger 1896.
Heitzmann. Anatomie des Menschen. 8. Aufl. 1. u. 2. Lieferung. Wien, Braumüller 1896.
Kreibich. Aspirations Pneumonie. ibidem.
Kirstein. Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Berlin, Coblenz 1895.
Gottstein. Diphterie und Scharlach. Berlin, Springer 1895
Lehmann's medicinische Handatlanten. XI. Bnd., 1. Heft. München, Lehmann 1896.
Grünwald. Naseneiterungen ibidem 1896.
Hammarsten. Physiologische Chemie. Wiesbaden, Bergmann 1895.
Seifert, Müller. Taschenbuch der Medicinisch-klinischen Diagnostik. ibidem 1896.
Ohlemann. Augenärztliche Therapie ibidem 1896.
Hughes. Schwedische Heilgymnastik ibidem 1996.
Niessen. Syphilisbacillus ibidem 1896.
Toldt. Anatomischer Atlas II. Lief. Wien, Schwarzenberg 1896.
Bresgen. Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfes und der Luftröhre ibidem 1896.
Perlia. Kroll's Stereoskopische Bilder. Hamburg, Voss 1895.
Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten ibidem 1895.
Schäffer. Atlas und Grundriss der Gynäkologie. München, Lehmann.
Köhler. Adolf von Bardeleben. Berlin, Enslin 1895.
Liebreich. Encyklopädie der Therapie. I. Band, 2. Abth. Berlin 1895.
Mittheilungen aus Med. Instit. der Schweiz. Heft I. und IX. Hirschwald, Basel, Sallmann 1895.
Schürmayer. Verwendung des Kreosots, Fischhausen, Finsterlin 1895.
Anvard. Guide de Thérapeutique. Paris, Doin. 1893.
Tillaux. Топографическая Анатомія Вып. V. и VI. С.-П.Б. Риккеръ 1895.
Рачинскій. Массажъ и Гимнастика при женск. болѣз. ibidem 1895.
Index-Catalogue Vol. XVI. W—Zythus. Washington 1895.
Alphabetical List of Abbreviations of Titles employed in the Index-Catalogue. From vol I. to XII. ibidem.
Langerhans. Pathologische Anatomie. Berlin, Karger 1886.
Froriep. Method und Lehrstoff des Anatomischen Unterrichts. Tübingen, Pietzeker 1895.
Penzoldt, Stintzing. Руководство къ частной терапіи внутренныхъ болѣзней. С.-П.Б. Риккеръ 1895.
Ученыя записки Имп. Юрьевскаго Университета № 4, Юрьевъ, Матисенъ 1895.
Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. IV. Band, 3. und 4. Theil. XIII. Band, 1. und 2. Theil. Wien, Hölder 1895.
Gärtner. Leitfaden der Hygiene. Berlin, Karger 1896.
Birch-Hirschfeld. Pathologische Anatomie. Leipzig, Vogel 1895.
Eulenburg. Sexuale Neuropathie ibidem.
Spalteholz. Handatlas der Anatomie Leipzig, Hirzel 1895.
Baas. Entwickelung des ärztlichen Standes. Berlin, Wreden 1896.
Schulz. Pharmakodynamik des Schwefels. Greifswald, Abel 1896.
Klebs. Einige Probleme der Physiologie der Fortpflanzung. Jena, Fischer 1895.
Fink. Der chronische Rachencatarrh ibidem.
Stetter. Entzündung des Trommelfells ibidem.
Hertwig. Entwickelungsgeschichte ibidem.
Frédericq. Практическія упражненія по физіологіи. С.-Петерб., Риккеръ 1895.
Гринфельдъ, Синичка. Уходъ за кожей. С.-Петерб., Риккеръ 1895.
Mittheilungen aus Kliniken und med. Instituten der Schweiz. III. Reihe, 2.—8. Heft.
Sahli. Therapie des Tetanus. Basel, Sallmann 1895.
Geigel Voit. Klinische Untersuchungsmethode. Stuttgart, Enke 1895.
Zweifel. Lehrbuch der Geburtshülfe ibidem.
Biedert Langermann. Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkranke ibidem.
Ihle. Eine neue Methode der Asepsis ibidem.
Strassmann. Gerichtliche Medicin ibidem.
Ziegelroth. Die Nervosität unserer Zeit. Stuttgart, Zimmer 1895.
Penzoldt, Stietzing. Specielle Therapie innerer Krankheiten. Lief. 21, 22. Jena Fischer 1895.
Huber. Bibliographie der klinischen Heilmethode. München, Lehmann 1895.
Hirsch. Was ist Suggestion und Hypnotismus. Berlin, Karger 1896,
Gerber. Die Nase und ihre Nebenräume ibidem.
Hirsch. Die menschliche Verantwortlichkeit und die moderne Suggestionslehre ibidem.
Boas. Archiv für Verdauungskrankheiten. Band I, Heft I, ibid.
Krompecher. Die mehrfache indirecte Kerntheilung. Wiesbaden, Bergmann 1895.
Freund. Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit ibidem.
Krienes. Ueber Hemeralopie ibidem 1896.

Leyden, Pfeiffer. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin ibidem.
Hegetschweiler. Die phthisischen Erkrankungen des Ohres ibidem.
Cerlóczy. Comptes Rendus et Mémoires.
Urbantschitsch. Ueber Hörübungen. Wien, Schwarzenberg 1895.
Bum, Schnirer. Diagnostisches Lexikon ibidem.
Eulenburg. Encyclopädische Jahrbücher, fünft. Jahrg., 1. und 2. Hälfte. Wien, Urban und Schwarzenberg 1895.
Munk Ewald. Ernährung des gesunden und kranken Menschen ibidem.
Eichhorst. Pathologie und Therapie ibidem.
Rieder. Handbuch der Aerztlichen Technik. Leipzig, Vogel 1895.
Liebreich, Langgaard. Compendium der Arzneiverordnung. Berlin, Kornfeld 1896.
Solbrig. Die hygienischen Anforderungen an ländlichen Schulen. Frankfurt a. M., Alt 1895.
Шапиро. Основы клинической діагностики Д-ра Клемперера. С.-Петербургъ, Риккеръ 1895.
Пенцольдъ, Стинцингъ. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней ibidem.
Шредеръ. Учебникъ акушерства ibidem.
Ученыя записки Императорскаго Юрьевскаго Университета № 3. Юрьевъ, Матисенъ 1895.
Kronfeld. Die Frauen und die Medicin. Wien, Konegen 1895.
Rabow. Arzneiverordnungen. Strassburg, Bull 1896.
Medicinische Bibliothek № 64—69. Leipzig, Naumann.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. Januar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
415	349	764	157	61	130	17	15	28	72	64	67	56	46	40	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 32, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 26, Scharlach 23, Diphtherie 23, Croup 8, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 5, Cholera nostras 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 105, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 69, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Februar 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17' кв. 6.
Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Довв. ценз. Спб. 29 Января 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, 3. (15.) Februar 1896

Bemerkungen zur Respiration.

Von
Dr. Rulle.

M. H.! Durch die heutige Tagesordnung sind Ihnen einige Bemerkungen über die Respiration in Aussicht gestellt worden. Zu diesen Bemerkungen bin ich durch die nicht selten gemachte Wahrnehmung, dass wir dieser Frage gegenüber auf keinem gemeinsamen Boden stehn, veranlasst worden.

So trat z. B. bei Gelegenheit eines Vortrags «die Behandlung der Lungenschwindsucht mit kalter Luft», eine solche Meinungsverschiedenheit ganz officiell zu Tage. Hierzu kommt nun noch, dass meine Stellung der Athmung gegenüber von der der Physiologen in manchen Punkten wesentlich abweicht, in manchen gar sich auf eigene Füsse zu stellen versucht. Alle diese Momente zusammen genommen liessen eine eingehendere, gemeinsame Discussion der Respiration wünschenswerth erscheinen. Zu solcher sollten meine Bemerkungen die Unterlage bieten.

Indem die Physiologen einer Definition der Athmung ganz aus dem Wege gehn und den Zweck derselben zum Leitmotiv erheben, haben sie ganz verschiedenartige Vorgänge mit ein und demselben Namen belegt und hierdurch den Ueberblick sehr erschwert. So bezeichnet Landois an dessen «Lehrbuch der Physiologie des Menschen» alle meine Bemerkungen sich anlehnen, als den Zweck der Athmung die Zuführung der den Oxydations-Processen nothwendigen Menge Sauerstoff, sowie die Entfernung der durch den Stoffwechsel gebildeten Kohlensäure, und unterscheidet, da dieser Process in allen Geweben statt hat folgerichtig eine äussere und eine innere Athmung. Erstere hauptsächlich durch die Lungen und in ganz geringem Maasse durch die Haut unterstützt, umfasst den Gasaustausch zwischen der äusseren Luft und den Blutgasen der Athmungsorgane, letztere den Gaswechsel zwischen dem Capillarblut des grossen Kreislaufes und den Geweben der Körperorgane. Während nun der Process bei der inneren Athmung von Allen ohne jegliche Meinungsverschiedenheit, als ein einfacher, chemischer Vorgang angesehen wird, bemüht man sich diesen Character auch dem Gasaustausch bei der äusseren Athmung aufzuoctroiiren, aber mit wenig Glück, denn die Oxydation des Hämoglobin zu Oxyhämoglobin in den Lungencapellaren kann wol kaum als ein Beweis für diese Auffassung angeführt werden. Die Bildung des Oxyhämoglobin aus Sauerstoff und Hämoglobin kann hier erst dann erfolgen, nachdem der athmosphärische Sauerstoff die Scheidewand, bestehend aus der alveolaeren Wand und der Wand der Lungencapillaren passirt hat. Befindet sich letzterer aber im Lumen der Capillaren und geht hierauf chemische Verbindungen ein, so gehören diese Vorgänge nicht mehr der äusseren, sondern der inneren Athmung an. Da ferner chemische Verbindungen nicht par distance zu Stande kommen können, so muss der Gasaustausch zwischen der äusseren Luft und den Blutgasen der Athmungsorgane auf anderem, als dem chemischen Wege vor sich gehen, was theilweise für die Ausscheidung der Kohlensäure in die Alveolen auch bisher zurecht bestand. Dass die äussere und innere Athmung unterschiedliche Processe vorstellen, dass ein jeder von ihnen etwas ganz specifisches an sich trage, dürfte auch der Umstand beweisen, dass sie beide gleichzeitig, wenn ich so sagen darf, parallel verlaufen, ohne einander zu stören und in ein und demselben Organe sich abspielen. In der Lunge findet nämlich sowol die äussere, wie die innere Athmung statt. Die Lunge erhält nämlich zwecks ihrer Ernährung ebenso wie jeder andere Körpertheil arterielles Blut zugeführt; da nun letzteres die conditio sine qua non für die innere Athmung ist, so muss demnach auch diese hier statthaben. Eine weitere Bestätigung für die innere Athmung, also Sauerstoff-Aufnahme und Kohlensäure-Ausscheidung in den lebendigen Lungen, liefern uns die Experimente von C. Ludwig und Müller. Liessen diese Herren durch die Gefässe einer luftleer gemachten Lunge arterielles Blut strömen, so konnte in demselben Sauerstoff-Abnahme und Kohlensäure-Zu-

nahme constatirt werden, was nur durch den Einfluss der Lungensubstanz hervorgerufen werden konnte. Hieraus geht nun hervor, dass äussere und innere Athmung keine identischen Vorgänge sind und demnach keine gleiche Bezeichnung verdienen. Wie das Verhältniss von äusserer zu innerer Athmung einer neuen Regulirung bedürftig ist, ebenso bedürftig einer solchen ist das Verhältniss, welches zwischen Lungen- und Hautathmung besteht. Zur Mitrepräsentantin der äusseren Athmung ist die Haut dadurch geworden, dass sie Sauerstoff während 24 Stunden circa 2—5 Gr. aufnimmt, während der ganze tägliche Bedarf circa 744 Gr. beträgt und circa 4—10 Gr. Kohlensäure ausscheidet, während der ganze Betrag der im Verlauf von 24 Stunden stattgehabten Kohlensäure-Ausscheidung circa 900 Gr. beträgt. Stellt man diese so auffallend geringe Antheilnahme der Haut an der Athmung gegenüber ihrer sonstigen Leistung, welche in 24 Stunden $^1/_{67}$ des ganzen Körpergewichts ausmacht, so muss man unwillkürlich an ihrem Beruf als Athmungsorgan zu zweifeln anfangen. Diese Zweifel werden durch die Untersuchungen von Scharling und Pettenkofer nicht nur nicht beseitigt, sondern noch vielmehr bestärkt, denn aus diesen geht nichts mehr und nichts weniger hervor, als dass die Haut Sauerstoff aufnimmt und Kohlensäure ausscheidet. Das einzige Moment, das eine gewisse Berechtigung für die Unterbringung der Hautthätigkeit unter die äussere Athmung in sich birgt, besteht in der directen Entlehnung des Sauerstoffs aus der athmosphärischen Luft. Da dieses Moment aber kein Characteristicum der äusseren Athmung abgiebt und dazu der Sauerstoff ausschliesslich zu eigenem Bedarf ausgenutzt wird, aller Wahrscheinlichkeit nach zur Ernährung des in den obersten Gängen, der so unendlich zahlreichen Drüsen befindlichen Zellenmaterials, so muss auch die Hautthätigkeit von der äusseren Athmung ausgeschlossen werden. Es wird eben hier der Sauerstoff ebenso zur eigenen Fortexistenz chemisch gebunden, wie das überall bei der inneren Athmung geschieht und von einer Arterialisation des Blutes der Haut kann hier demnach gar keine Rede sein.

Aus den stattgehabten Erörterungen geht nun hervor, dass die hauptsächlichsten Unterscheidungsmerkmale zwischen der äusseren Athmung der Lungen auf der einen, und den übrigen Vorgängen auf der anderen Seite darin bestehen, dass durch diese Lungenthätigkeit auf physikalisch-vitalem Wege der Sauerstoff für den ganzen Organismus importirt wird, während die letzteren denselben ausschliesslich zu eigenem Bedarf chemisch binden.

Es dürfte daher angebracht sein, um Missdeutungen vorzubeugen, den Begriff der Athmung ausschliesslich für die Lungenthätigkeit beizubehalten und alle anderen Vorgänge, die der Ernährung nicht ferner, als der Athmung stehen, dem Stoffwechsel zu übergeben.

Die zweite Frage von allgemeinem Interesse bezieht sich auf den Stickstoffgehalt der Luft. Auch in dieser Frage bin ich gezwungen eine der bisherigen Anschauung entgegentretende Meinung zu vertreten. Es wird uns wol gelehrt, dass bei der Respiration Sauerstoff aufgenommen und Kohlensäure ausgeschieden wird, über das Verhalten des Stickstoffs bei diesem Vorgange erfahren wir so gut wie garnichts. Nach der bisherigen Auffassung ist sein Verhalten ein ganz neutrales, ohne jedwede besondere Bedeutung. So ganz neutral scheint nun die Rolle, die der Stickstoff hierbei spielt, nicht zu sein. Liegen auch keine exacten beweiskräftigen Experimente für eine andere als die neutrale Rolle vor, so muss ich dennoch, aus Analogieen schliessend, eine gewisse Antheilnahme an dem in den Lungen sich vollziehenden Gaswechsel demselben zuerkennen. Auf experimentellem Wege ist nachgewiesen worden, dass Pflanzen, auf reinen Kohlehydraten gezüchtet, an Stickstoffgehalt zunahmen, durch Entlehnung dieses Gases aus der sie umgebenden Luft. Als eine zweite Analogie möge hier eine landwirthschaftliche Erfahrung angereiht werden. Wird dem Boden durch künstliche Düngung, wie Knochenmehl, mehr Stickstoff zugeführt, so beträgt der Ertrag desselben in den Körnern nicht nur den sonst geernteten Betrag plus der Summe des dem Boden künstlich zugeführten, sondern der Ertrag liefert noch ein weiteres «plus» an Stickstoff. Dieses weitere «plus» wird von den Landwirthen der auslösenden Eigenschaft der dem Boden künstlich zugeführten Stickstoffmenge zugeschrieben. Da nach meiner Ansicht die Herren Agronomen für ihre Behauptung in diesem Falle keine beweisenden Argumente vorzubringen im Stande sind, so bleibt mir unbenommen auch hier das Stickstoff — plus, wenn auch nicht dessen Totalsumme, sondern nur einen Theil derselben, auf eine Entlehnung aus der Athmosphäre zurückzuführen. Berücksichtigen wir ferner, dass es dem Chemiker gelungen ist, in seiner Retorte, auf rein chemischem Wege, Stickstoffverbindungen herzustellen, die bisher als ausschliesslich organisch gegolten haben. Erwägen wir ferner, dass freier Stickstoff sowohl im Blute, wie im Schweiss nachgewiesen ist und dass aller Stickstoff unserer Nahrung aus seinen specifischen Verbindungen zuvor gelöst sein will, um als freier Stickstoff, in statu nascendi, zum Aufbau stickstoffhaltiger Organe Verwendung zu finden. Dass der im Blute nachgewiesene, freie Stickstoff, seine Herkunft nicht auf die aufgenommene Nahrung beziehen darf, geht daraus hervor, dass Stickstoff, reiner Kohlenstoff etc., die einmal in der Nahrung eingegangenen chemischen Verbindungen nicht eher aufgeben, als bis sie einer höheren Affinität begegnen.

Alle eben angeführten Momente legen uns, wenn auch in Form einer Vermuthung nahe, als ob die Neutralität des Stickstoffs bei der Athmung nicht so ganz unanfechtbar wäre.

Bin ich auch weit entfernt, Beobachtungen, welche an Pflanzen gemacht worden sind, so ohne weiteres zu übertragen, so drängt sich immerhin doch die Frage in diesem Falle auf: warum soll es einer höher organisirten, thierischen Zelle unmöglich sein, was einer viel niedriger organisirten Zelle der Pflanzenwelt als möglich zuerkannt wird? Durch Hineinziehen dieser Frage soll selbige nicht im entferntesten entschieden, sondern vielmehr die Collegen zu einer Meinungsäusserung veranlasst werden. Wenn dieser Vorgang in der Natur wirklich statthaben sollte und freier Stickstoff aus der Luft in's Blut Aufnahme fände, so scheint mir der athmosphärische Stickstoff im menschlichen Körper der stickstoffhaltigen Nahrung gegenüber eine ähnliche Rolle zu spielen, wie der dem Boden künstlich zugeführte Stickstoff zu den in demselben vorhandenen Stickstoffverbindungen. Demnach würde durch die Aufnahme des Stickstoffs, aus der Luft in erster Reihe dessen auslösende Eigenschaft, der Stickstoffgehalt unserer Nahrung eine ausgiebigere Verwendung finden und in zweiter Reihe vielleicht direct zum Aufbau des Körpers dienstbar gemacht werden.

Solcher Annahme würde wohl die Thatsache, dass Stickstoff, wenn auch in äusserst geringer Menge der Ausathmungsluft als ein plus beigemengt sich findet, widersprechen und ebenso der Befund Seegen's, dass nicht aller Stickstoff, welcher durch die Nahrung aufgenommen wird, in den Excreten (Harn und Koth) wiedererscheint und seiner Ansicht nach die Differenz durch die Lungen ausgeschieden wird. Ohne auf die vielfachen Einwände, welche diesen beiden Thatsachen gegenüber gemacht werden könnten und die Sicherheit ihrer Stellung zu erschüttern im Stande wären, näher einzugehn, möchte ich gleich mit etwas Positivem kommen. Die Sauerstoffaufnahme und die Kohlensäureausscheidung geht nach den

Gesetzen der Dissociation vor sich. Es wird Sauerstoff nicht mehr und nicht weniger aufgenommen, als das jeweilige Bedürfniss vorhanden ist und dieses Verhältniss ist so constant, dass es dasselbe bleibt, wenn man auch reinen Sauerstoff einathmet. Aehnlich verhält sich die Kohlensäure, nur in umgekehrter Richtung. Es wird nur so lange Kohlensäure ausgeschieden, bis die Spannungsverhältnisse der Kohlensäure des Blutes und der der Luft die gewöhnlichen bleiben. Tritt eine höhere Kohlensäurespannung in der Athmungsluft ein, im Gegensatz zu der des Blutes, so kehrt sich der Process um und statt einer Ausscheidung findet eine Aufnahme statt, wie man solches bei der Kohlensäurevergiftung zu beobachten Gelegenheit hat. Nahmen diese beiden Gasarten an den Gesetzen der Dissociation Theil, so liegt gar kein Grund vor die Unterwürfigkeit des Stickstoffs unter dieselben auszuschliessen.

Der einzige Grund, der hierfür spräche wäre der, dass der athmosphärische Stickstoff meist nicht in der Lage ist, Verwendung zu finden, indem die Spannungsverhältnisse stets zu seinen Ungunsten ausfallen, weil die meisten Menschen gewöhnlich schon zuviel Stickstoff mit der Nahrung aufnehmen. Anders dürfte vielleicht das Verhältniss sich gestalten in den Fällen, wo ein Mangel der Zufuhr statt hat, wie z. B. bei den in neuerer Zeit auftretenden Hungerkünstlern und in Fällen ausschliesslich stickstoffloser Nahrungsaufnahme.

Dem sei nun wie ihm wolle, an der Zeit scheint es aber zu sein, dass die Physiologen sich an diese Frage heranmachen und uns Aufklärung verschaffen. In der nun folgenden dritten Reihe von Bemerkungen will ich versuchen meine anders geartete Stellung einigen Vorgängen während der Exspiration gegenüber zu verdeutlichen. In erster Reihe glaube ich der bisher zurechtbestehenden Anschauung, als ob die Ausathmung hauptsächlich durch die Schwere des Brustkorbes bewirkt werde, als ob diese Action des Brustkorbes ähnlich einem herabfallenden Arme wäre, meine Uebereinstimmung versagen zu sollen. Entspräche die bisherige Auffassung dem wirklichen Vorgange, so muss uns die Constanz der Form des Brustkorbes auffällig erscheinen.

Eine solche Constanz wäre nur denkbar, wenn dem Thorax zu solchem Zwecke ein besonderer Apparat zur Verfügung stände. Im Bedarfsfalle könnte man vielleicht an die verschiedentlicher Auffassung unterliegende Intercostalmusculatur denken. Erwägen wir aber weiter, dass die Exspiration auch unter Verhältnissen, wo der Einfluss der Schwere fast ausgeschlossen erscheint, ohne merkliche Alteration vor sich geht, so kann ich nicht anders, als nicht der Schwere, sondern einem anderen vorhandenen Factor solche Einflussnahme auf die Exspiration zuzuerkennen.

Einen solchen anderen Factor bietet uns nun der Tonus des Brustkorbes dar. Besteht ein solcher schon in der Ruhepause des Thorax, so wird derselbe um ein bedeutendes durch die Inspiration gesteigert und sucht nach Aufhören respiratorischer Kräfte sowohl hinsichtlich der Lage, wie der Configuration in seinen früheren Zustand zurückzugelangen. Ich kann demnach nicht anders, als dem Tonus der Thorax-Wandungen und nicht der Schwere derselben den Hauptantheil an exspiratorischer Thätigkeit zuzuschreiben. In diesem Falle wird aber auch ein besonderer Apparat zur Wahrung der Interessen hinsichtlich der constanten Form des Thorax überflüssig. Ausser dieser Differenz ist für mich bei der Exspiration von viel grösserem Interesse gewesen das Verhalten der contractilen Elemente der elastischen Lungenfasern; ihre active oder passive Bethätigung an diesem Act. Im Capitel «Mechanismus der Athembewegungen» pag. 209 schreibt L a n d o i s:» Da die ganzen äusseren Oberflächen der beiden elastischen Lungen vermittelst ihres glatten, feuchten Pleuraüberzuges der inneren Wand der ebenfalls von der Pleura parietalis überkleideten, inneren Fläche der Brustwandung unmittelbar und völlig luftdicht anliegen, so ist es ersichtlich, dass sie bei jeder Ausdehnung des Thorax ebenfalls ausgedehnt, bei jeder Verkleinerung mit verkleinert werden müssen. Die Bewegungen der Lungen sind also völlig p a s s i v e, von den Thorax-Bewegungen abhängende.»

Ganz anders spricht sich der Autor auf der Seite 224 unter B. Exspiration aus: «Gleichzeitig zieht die Elasticität der gedehnten Lungen die Thorax-Wandungen, so wie das Zwerchfell allseitig zusammen,» nachdem er zuvor folgenden Satz: «sodann wirkt die Elasticität verschiedener Theile unterstützend mit» ausgesprochen hat. Ferner lässt L a n d o i s auf Seite 220 unter «Diaphragma», die gewölbte Doppelkuppel des Zwerchfells während der Ruhepause theilweise durch den elastischen Zug der Lungen hergestellt werden.

Aus diesen Citaten glaube ich, geht hervor, dass L a n d o i s dem elastischen Zuge der Lunge einen Einfluss auf die Ausathmung einräumt, wenngleich er hierdurch mit seiner im rein theoretischen Theile der Abhandlung aufgestellten Behauptung von dem rein passiven Verhalten dieses Factors in Widerspruch geräth. Gleichzeitig erfahren wir in diesen Capiteln, dass die elastischen Fasern der Lunge nicht nur den Zweck haben, sondern auch im Stande sind einer übermässigen Ausdehnung der Lungenbläschen, wie sie unter ganz bestimmten, bekannten Verhältnissen sich ereignen kann, vorzubeugen. Befinde ich mich auch hinsichtlich dieser Thatsachen im vollsten Einverständnisse mit dem Autor, so kann ich doch nicht umhin zu bemerken, dass die Art und Weise wie die Lungen solche Einflussnahme bewerkstelligen, insonderheit die Exspiration unterstützen, meist unberücksichtigt geblieben ist.

Aus der einfachen Thatsache, dass letzteres statt hat, erfahren wir weiter nicht viel. Ausserdem fragt es sich, ob mit dieser zwiefachen Bethätigung an der Exspiration die Antheilnahme der Lunge an derselben vollkommen erschöpft ist, und ob nicht am Ende gar noch andere, während der Ausathmung stattfindende Vorgänge der Thätigkeit der elastischen Lungenfasern zuzuschreiben sind. Im letzteren Falle würde es sich dann weiter darum handeln zu erforschen, in welcher Art die Lungen diesen ihren neuen Aufgaben Genüge leisten.

Es geht demnach aus den Citaten und dem eben Geäusserten hervor, dass die Autoren selbst in dieser Frage keine präcise Stellung einnehmen, denn wäre dieses nicht der Fall, so dürfte es schwer zu erklären sein, warum sie ihre Ansicht dem Leser vorenthalten und dieses in einem Falle, der von keiner geringen practischen Tragweite ist. Soll ich für solches Geschehniss eine Vermuthung aussprechen, so glaube ich den Grund in dem Umstande finden zu müssen, dass die Autoren gar zu sehr in Detailfragen sich versenken, während sie den Generalfactoren, als gar zu Bekanntem ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden für überflüssig halten.

Alles Nebensächliche bei Seite lassend, alle Detailfragen vermeidend, soll zunächst versucht werden auf Grundlage einer allgemeinen, anatomischen Betrachtung der Lunge, die elastische Kraft derselben hinsichtlich ihrer Herkunft, wie auch hinsichtlich ihrer verschiedenen Functionsfähigkeit klar zu stellen.

Von diesem Gesichtspunkte aus präsentirt sich uns die Lunge als ein unendliches Vielfaches eines und desselben Theilchens, in sofern ja die Lungensubstanz ihr wichtigstes Material von den Lungenbläschen geliefert erhält, wie solches auch in der gleichmässigen Dichtigkeit des Lungengewebes, möge es nun peripher oder central gelegen sein, seinen Ausdruck findet.

Wie nun die ganze Lunge sich aus zahllosen Alveolen zusammensetzt, ebenso ihre Kraft. Stellt demnach letztere eine Summation von zahllosen Krafteinheiten dar,

so ist es nothwendig letztere zu kennen, um ein ungefähres Maass der ersteren zu erhalten. Die Lungenbläschen besitzen nun in den dieselben netzförmig umstrickenden, elastischen Fasern eine Kraft, welche als die elementarste, als die ursprünglichste Krafteinheit in den Lungen angesehen werden muss und welche man in Folge ihres innigen Zusammenhanges mit den Lungenbläschen als alveolaere Kraft bezeichnen könnte. Durch dieses elastische Fasernetz wird, während selbiges im Ruhezustand sich befindet, nach den Gesetzen der Elasticität einem jeden Alveolus ein gewisses Lumen gesichert, wie uns solches die exstirpirte Lunge zu beweisen im Stande ist. Ebenso ermöglicht ausschliesslich nur dieses Fasernetz die gleichmässige Ausdehnung der Lungenbläschen während der Inspiration, wie die ebenso gleichmässige, concentrische Schrumpfung der Bläschen, indem es gleichzeitig und fast ausschliesslich allein den Luftwechsel in den Alveolen besorgt.

Die alveolaere Kraft bedingt demnach zwei sehr wesentliche Momente während der Ausathmung, nämlich die alveolaere Reconstructionsfähigkeit und die Expulsion eines Theils der Alveolen-Luft, denn bekanntlich wird der ganze Inhalt selbst bei tiefster Exspiration niemals entleert. Was die erste Schlussfolgerung anbetrifft, so dürfte dieselbe zu klar darliegen um etwaigen Einwänden zu begegnen, während solches von der zweiten nicht behauptet werden dürfte, insofern dieser Vorgang bisher auf andere Ursachen zurückgeführt wurde. Nach meiner Auffassung ist der Vorgang während der Exspiration einem entspannten Flitzbogen vergleichbar, nur mit dem Unterschiede, dass bei diesem die elastische Kraft als eine einheitliche erscheint, während sie bei der Exspiration eine mehrfach zusammengesetzte ist, insofern bei diesem Vorgange Schwere und Tonus des Brustkorbes einige wenige Muskeln, die einheitliche Lungenkraft und schliesslich auch unsere alveolaere Kraft mitwirken.

Wie das Kraftmaass der Schwere und des Tonus bei der Ausathmung direct von der inspiratorischen Kraft abhängig ist, so hängt auch die Leistungsfähigkeit der Secundärkräfte von derselben, aber indirect ab. Diese indirecte Abhängigkeit der Zugkraft der Lungen und der Alveolen mit ihrem graduell geringeren Kraftmaasse dem Tonus und der Schwere gegenüber, wie die Gleichzeitigkeit und die gleiche Richtung ihrer Thätigkeit, sind es vor allen Dingen gewesen, welche ein richtiges Verständniss des theilweise vollständig selbstständigen Characters ihrer Leistung verhindert haben. Die Abhängigkeit des Luftwechsels in den Alveolen von den elastischen Fasern kann auch durch eine andere Calculation wahrscheinlich gemacht werden, auf die bei einer anderen Gelegenheit zurückzukommen nicht versäumt werden soll.

In unserer anatomischen Betrachtung weiter gehend, sehen wir zunächst wie das einzelne Alveolum seine Isolation aufgiebt und mit seinesgleichen zu Gruppen sich vereinigt. Die erste und kleinste Gruppe wird von den dem Ductus alveoliferus aufsitzenden Bläschen gebildet. Diese kleinsten Urbezirke erhalten einerseits durch ihre anatomische Organisation, andererseits durch Uebertragung eines Theiles der alveolaeren Kraft eine gewisse Selbstständigkeit, die in ganz specifischer Leistungsfähigkeit ihren Ausdruck findet. Wird nämlich ein jedes zur Gruppe gehörende Alveolum während der Inspiration expandirt, so dürfte eine solche Volumenveränderung aller zu einer Gruppe gehörigen Bläschen nicht ohne Einfluss bleiben auf das Lumen ihres Ductus. Zu solcher Annahme veranlassen uns zwei Momente, erstens die so zarten Wandungen des Ductus und zweitens die Erwägung, dass die so bedeutend veränderten Raumverhältnisse des Thorax während der Einathmung fast ausschliesslich durch Volumenzunahme der Alveolen compensirt werden.

Der Einfluss den die Alveolen-Gruppe demnach während der Exspiration auszuüben im Stande wäre, bestände in einer Beihülfe hinsichtlich der Herausbeförderung der Athmungsluft durch theilweise Compression des Ductus. Ausser dieser Beihülfe bethätigt sich die Urbezirkskraft bei der Exspiration in anderer viel intensiverer Weise, indem sie das alveolaere Gas im Ductus alveoliferus mit der in diesem sich bergenden Luft aufs innigste mengt. Bevor ich Stellung in dieser Frage nehme, soll die bisher zurechtbestehende Lehre über den Gaswechsel im Tractus respiratorius in Erinnerung gebracht werden. Darnach vollzieht sich derselbe durch Diffusion in Folge unterschiedlicher Spannungsverhältnisse. Die Ungleichheit des Gasgemenges in den verschiedenen Tiefen des Athmungsorganes ruft nämlich eine fortwährende Gasdiffusion zwischen den verschiedenen Schichten hervor.

Diese Gasdiffusion (so schreibt Landois) wird wesentlich unterstützt durch das beständige Schütteln der Athmungsgase bei der kardiopneumatischen Bewegung.

Muss ich mich auch dieser Auffassung im Allgemeinen voll und ganz anschliessen, so kann ich nicht umhin zu bemerken, dass der Einfluss der kardiopneumatischen Bewegung überschätzt wird, indem derselbe nur Geltung haben dürfte in soweit es um einen Gaswechsel in den Bronchien handelt, während er im vorliegenden Falle von fast keinem Belang sein dürfte, da hier der Wechsel der Gase meiner Ansicht nach durch andere Kräfte viel vollständiger sich vollzieht, wie solches durch nachfolgende Erörterung bestätigt werden könnte. Aus den anatomischen Verhältnissen ersehen wir zunächst, dass die Alveolen nicht etwa ausschliesslich auf einer Seite, sondern in der ganzen Circumferenz dem Ductus alveoliferus aufsitzen, wobei dann eine Gegenständigkeit einzelner Alveolen nicht ausgeschlossen werden kann.

Durch solche Lagerung der Bläschen kreuzen sich nicht nur ihre Axen winklich mit der des Ductus, sondern auch unter sich. Da nun die Alveolen-Achsen gleichzeitig die Richtung der bei der Exspiration stattfindenden alveolaeren Gasaustreibung bestimmen, so wird durch das Aufeinanderprallen der alveolaeren Strömungen im Bereiche des Ductus die innigste Mischung nicht nur der aus den Bläschen stammenden Gasquantität unter sich, sondern auch aller dieser mit dem im Ductus befindlichen Gasquantum bewerkstelligt.

Zur Unterstützung solcher Auffassung des Vorganges könnte ich auch noch die Athemnoth der Emphysematiker anführen, weil letztere viel weniger auf einer Einschränkung der Athmungsfläche beruht, als vielmehr durch den verhinderten alveolaeren Gaswechsel in Folge fast beständiger, inspiratorischer Stellung des Thorax bedingt wird. Bei der Gruppen- oder Läppchenbildung verweilend, können wir zunächst constatiren, dass dieser Vorgang sich viele, viele Male wiederholt, bis er dann schliesslich in der Bildung eines ganzen Lungenlappens seinen Abschluss findet, welch letzterer dann durch eine elastische, concentrisch wirkende Membran, die Pleura eingeschlossen wird, während alle anderen früheren Läppchen einer solchen markanten Schlusskraft entbehren. Während der Bildung aus Läppchen zu Lappen, findet weiter gradatim eine nicht unwesentliche Aenderung in den Beziehungen zum Gaswechsel statt.

Wurde die Luft aus den Alveolen durch die Eigenkraft derselben während der Exspiration in den Ductus alveoliferus hineingetrieben und wurde diese hier mit der Einathmungsluft durch das erste, kleinste Urläppchen durch einander geschüttelt, so verschwindet gradatim die directe Beeinflussung des Gaswechsels von Seiten der Läppchen. Indem diese Beziehungen sich lockern, entfernter werden, in demselben Maasse nimmt das Kraftmass der Läppchen zu.

Berücksichtigen wir ferner, dass diese Gruppenbildungen sich stets an die Verästelung der Bronchien, beginnend

mit den feinsten und endend mit den gröberen, anlehnen, und berücksichtigen wir ferner, dass die Wandungen der letzteren in demselben Grade stärker und widerstandsfähiger werden, so legt dieses Alles uns die Vermuthung nahe, dass eine solche Organisation keine zufällige sein könne, sondern dass dieselbe vielmehr eine zweckdienliche sein müsse.

Durch die soeben beschriebene Organisation werden meiner Ansicht nach den Lungen Kräfte und Fähigkeiten (auf den Namen kommt es nicht an) verliehen, vermittelst derer dieselben in den Stand gesetzt werden mehrfachen, während der Exspiration an sie herantretenden, bedeutungsvollen Aufgaben Genüge zu leisten. Von Aussen beginnend kann als die erste Kraft die Adaptions-Fähigkeit der Lungen hinsichtlich des ihr jeweilig zur Verfügung stehenden Raumes, denominirt werden. Weiter im Inneren durch das ganze Organ hindurch waltet die Reconstructions-Fähigkeit während der Ausathmung. Durch diese Kraft werden der Lungensubstanz ihre physikalischen Verhältnisse, wie Form und Dichtigkeit des Gewebes etc. gesichert. Drittens, glaube ich, leisten die Lungen auf Grundlage solcher Organisation den feinen und feinsten Verästelungen der Bronchien durch Verengerung ihrer Lumina eine gewisse Beihülfe, und endlich viertens wird meiner Ueberzeugung nach die Stromrichtung, wie die Herausbeförderung des Gasgemenges aus den feinsten und feineren Bronchien vermittelst dieser Anlage zumeist bewerkstelligt. So auffallend auch letztere Behauptung klingt, so sprechen doch folgende Umstände sehr für dieselbe. Erstens dürfte es unmöglich sein die Herausbeförderung dieses Gasgemenges durch eine einfache Diffusion erklären zu wollen, denn durch diese könnte wohl ein gegenseitiger Austausch ihrer Gase wie Sauerstoff und Kohlensäure statthaben, es dürfte aber dabei das ganze Gasgemenge, bestehend aus Stickstoff, Wasserdampf etc. schwerlich vorwärts gerückt werden. Die Diffussion kann eben auch ohne Luftströmung zu veranlassen, vor sich gehn. Ferner besitzen die Wandungen dieser Verästelungen keine dem Tractus intestinalis analoge Fähigkeit peristaltischer Bewegung und drittens spricht die ganz gradatim zunehmende Leistungsfähigkeit, der auf dieser Wegstrecke belegenen Lungenläppchen, für eine solche Auffassung.

Viertens kann die Thatsache, dass auf der in Rede stehenden Wegstrecke das Epithel sich ändert, indem das Cylinder-epithel schwindet und gemischtem Epithel Platz macht, der sich verschiedenartig äussernde Luftmangel bei verschiedenen pathologischen Zuständen der Lunge und Pleura zur Stützung dieser Auffassung angeführt werden. Entspricht diese Auffassung dem natürlichen Hergange, dann hätten wir in demselben bei der Exspiration ein Analogon zur Inspiration, bei letzterer wird durch vitale Kraft die athmosphärische Luft bis zu einer gewissen Tiefe hineinbefördert und dann physikalischen Gesetzen übergeben und ebenso würde nun die erste Quantität des zur Ausathmung gelangenden Gasgemenges eine Strecke Weges ebenso durch vitale Kraft herausbefördert, um dann diese Aufgabe anderen Kräften zu übergeben.

An die mehr ausführlichen Bemerkungen zur Exspiration seien hier ein Paar kurze Notizen in Bezug auf die Residualluft und in Bezug der Anordnung der exspiratorischen Kräfte angereiht. Unter Residualluft verstehen wir ja dasjenige Luftvolumen, welches nach vollständiger Exspiration noch in den Lungen zurückbleibt und welches sich demnach zu jeder Zeit beständig in einem jeden Bläschen und allen Bronchien befindet. Für letztere, so lange sie im Besitz festerer, stärkerer Wandungen sind, ist dieser Umstand von keiner besonderen Bedeutung. Anders aber gestalten sich die Verhältnisse, wo solch ein Schutz mangelt, wie in den feinsten Bronchiolen und den Lungenbläschen; da gewinnt diese Thatsache keine unwesentliche Bedeutung. Durch den lufthaltigen Inhalt werden nämlich von aussen herantretende Insulte jeglicher Art, durch diese Anordnung in ihrer Wirkung abgeschwächt Es wird z. B. ein kräftiger Schlag oder ein schwerer Druck auf die Thorax-Wandungen, nicht viel weiter in's Innere fortgepflanzt, denn in dieser mangelhaften Fortleitung beruhen ja unsere verschiedenen Athmungsgeräusche auch. Aus eben diesem Grunde kann auch ein Einfluss der kardiopneumatischen Bewegung auf die Mischungsverhältnisse der Luft in den feinsten Theilen der Lungen nicht statthaben. Es bildet demnach die Residualluft, rein nach physikalischen Gesetzen wirkend quasi einen persönlichen Schutz für die feinsten Lungenelemente. Die zweite Notiz bezieht sich auf die Anordnung der respiratorischen Kräfte, deren Reihenfolge folgende war: zunächst im Inneren die alveolaere Kraft oder auch alveolaere Reconstructions-Fähigkeit, dann die der Läppchen und schliesslich die eines ganzen Lungenlappens, ferner der Tonus des Thorax und zuletzt die inspiratorische Kraft. Diese Reihenfolge bleibt nun unter physiologischen Verhältnissen stets dieselbe Es tritt z. B. niemals die in der Pleura concentrirte Kraft durch Ueberspringen des Thoraxtonus in directe Beziehungen zur inspiratorischen, während unter pathologischen Verhältnissen verschiedenartige Combinationen vorkommen und dem entsprechend einen nicht unwesentlich verschiedenen Symtomencomplex verursachen.

So sehen wir bei einem acut sich entwickelnden Pneumothorax in Folge einer äusseren Verwundung zunächst, so lange die Wunde offen bleibt eine Symptomenreihe sich entwickeln, die auf einen directen Conflict zwischen Pleura und der inspiratorischen Kraft zurückzuführen ist, während nach Schluss der Wunde, dieselbe durch das Verhältniss von Pleura zum Thoraxtonus modificirt wird. Noch viel deutlicher und fassbarer gestaltet sich die Subordination der Kräfte bei der Bronchiectasie und dem Emphysem. So sehen wir beim letzteren in einer Reihe von Fällen als primäre Ursache, bald eine verminderte alveolaere Reconstructionsfähigkeit in Folge interstitieller Entzündungsprocesse in den Lungen, bald beim physiologischen Bestande der letzteren einen erhöhten Tonus des Thorax, wie er in Folge einer Ossification der Rippenknorpel im Alter statt hat und dann wieder um eine verschärfte Inspirationskraft, wie sie bei einzelnen Berufsarten, Sängern, Predigern, Arbeitern etc. in Folge das physiologische Maass überschreitender Andauer vorzukommen pflegt.

Je nach dem Missverhältniss der gleichzeitig zur Wirkung kommenden Kräfte gestaltet sich dieses Krankheitsbild auch etwas anders, sowol hinsichtlich der Schwere der Symptome, wie der Prognose, wie auch hinsichtlich der therapeutischen Maassregeln. So selbstverständlich alle diese Dinge sind. so glaubte ich doch durch einige Beispiele die Anordnung der respiratorischen Kräfte illustriren zu sollen.

Meine vorletzte Bemerkung bezieht sich auf den Gaswechsel im Tractus respiratorius im Allgemeinen. Nach L a n d o i s findet hier dieser Vorgang durch Diffusion, bei wesentlicher Unterstützung von Seiten der kardiopneumatischen Bewegung statt, das Heranziehen ausschliesslich dieser beiden Momente scheint mir zur Erklärung dieses Processes nicht genügend zu sein. Meiner Ansicht nach, sind ausser der Diffusion von grösserem Belange die Luftströmungen, hervorgerufen durch den Unterschied in der Temperatur und dem Feuchtigkeitsgehalte, welcher zwischen Ein- und Ausathmungsluft obwaltet. Wie wir bei einfacher Lüftung eines vollgerauchten Zimmers die Wahrnehmung machen können, dass dieselbe um so rascher und vollkommener sich vollzieht, je grösser die Differenz in der Temperatur und dem Feuchtigkeitsgehalte zwischen der Aussen- und Zimmerluft besteht, ebenso kann eine solche Differenz im Ath-

mungsrohre nicht ohne Einfluss bleiben, was ja auch ein Jeder an sich durch ein erleichtertes oder erschwertes Athmen je nach der entsprechenden Luftbeschaffenheit so oft empfunden hat.

Aus diesem Grunde kann ich auch Landois nicht beistimmen, wenn er schreibt: «Im Winterschlafe und ebenso in Fällen länger dauernden, tiefen Scheintodes muss auf diese Weise einzig und allein der Gaswechsel innerhalb der Lungen unterhalten werden.» Auch in diesen Fällen dürften die Luftströmungen einen grösseren Effect haben, als die Gasdiffusion und die kardiopneumatische Bewegung.

Es findet eben beim Menschen durch das Vorhandensein steter Communication zwischen der Ein- und Ausathmungsluft in Folge des Offenstehens der Orificia narium, ebenso wie in der ganzen Natur, auch die einfache Ventilation statt.

Je nachdem die Bedingungen der letzteren günstiger oder ungünstiger sich gestalten, athmen wir bald freier, bald beschwerlicher. Diesen physikalischen Gesetzen unterwirft sich der Mensch mit seinem ersten Athemzuge und entzieht sich denselben wiederum mit seiner letzten Exspiration. Kann demnach eine solche Ventilation nicht geleugnet werden, so fragt es sich in welchem Theile des Athmungsrohres sie hauptsächlich sich vollzieht. Aus den quantitativen Volumenbestimmungen erfahren wir, dass bei ruhiger, gewöhnlicher Athmung circa 500 Cubikcentimeter Gas wechseln. Ebenso viel beträgt aber auch nach Donders der Rauminhalt der Trachea und des Bronchialbaumes. Aus diesen Thatsachen folgt, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen nur dieser Theil des Tractus seinen Inhalt wechselt. Da der Wechsel hier sich aber mit einer gewissen Kraft vollzieht, so schliesst er das Mengen und Mischen der Luft nach Art der Ventilation zum Theil, die Diffusion aber ganz aus; denn beide Processe kommen erst in Thätigkeit, wenn die Bewegung der Luft ein gewisses Maass nicht überschreitet. Warum eine Ventilation in den Alveolen und den feineren Bronchiolen auszuschliessen sei, war schon früher theilweise erörtert und soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass die hauptsächlichsten Motoren der Ventilation, nämlich die Temperaturdifferenz und der Feuchtigkeitsgehalt, durch völlige Ausgleichung mit der der Lungenluft ganz in Wegfall kommen. Hieraus folgt nun, dass in dem Tractus respiratorius ein Mittelstück für rein physikalische Vorgänge existirt und wir demnach drei unterschiedliche Bezirke, den inspiratorischen, den physikalischen und den exspiratorischen aufzustellen hätten. Ebenso wie die Grenzen dieser Bezirke ganz labile sind, so kann auch von keiner stricten Trennung der Vorgänge, sondern nur von einem mehr oder weniger stärkeren Prävaliren des einen oder des anderen die Rede sein. Für eine solche Existenz eines Mittelstückes mit specifischem Zwecke im Tractus respiratorius dürfte auch ein Excurs in das Gebiet der vergleichenden Anatomie sprechen. Als oberster Grundsatz für die Gestaltung des Respirationsorganes der Thierwelt muss wohl der Satz gelten, dass je einfacher das Leben des einzelnen Individiums sich gestaltet, dass ebenso sein Athmungsorgan einen einfacheren Bau aufweisen wird, und dass schliesslich nur diejenigen Theile persistiren werden, welche zur Fortexistenz des individuellen Lebens unbedingt erforderlich sind. Diese Thatsache findet nun vollauf Bestätigung. Dieser Metamorphose der Lungen ausführlicher zu folgen würde mich zu weit führen und soll nur die Thatsache constatirt werden, dass bei den Insecten das Athmungsorgan aus nichts mehr als einem Rohr mit einer verschliessbaren Oeffnung besteht. Es scheint demnach, dass die physikalischen Vorgänge, die einfache physikalische Ventilation, der einfachen Thierwelt zum Leben genügen.

Emancipirt sich auch der Mensch und kann er auch eines complicirteren Athmungsapparates nicht entbehren, so dürfte er in eigenem Interesse einer Antheilnahme an der natürlichsten aller Einrichtungen nicht entsagen.

Mit meiner letzten Bemerkung soll von Innen nach Aussen fortschreitend eine frühere Erörterung zum völligen Abschluss gelangen. Es wurde nämlich früher constatirt, dass die feineren Verästelungen der Bronchien kreuz und quer zu liegen kommen, dass ihre Axen theilweise ganz entgegengesetzten Verlauf nehmen und dass demnach die Entleerung ihres gasigen Inhalts während der Exspiration nicht von einer einzigen Kraft abhängig gemacht werden könne. Weiter wurde durch Calculation festgestellt, dass wir in diesen Fällen zunächst die alveolaere Reconstructionsfähigkeit, dann die stetig fortschreitende Läppchenbildung bis zur Bildung eines Lungenlappens und dessen Pleuraüberzug als bewegende Kräfte zu betrachten hätten. Was die Pleura für den einzelnen Lungenlappen ist, dieselbe Bedeutung haben nun das Diaphragma und die Thoraxwandungen für die ganze Lunge. Indem letztere von oben nach unten zum diaphragma fortschreitend, stetig excursionsfähiger werden, so werden sie auch durch die Inspiration in demselben Maasse wirkungsfähiger für die Exspiration gemacht. Es wird demnach von Seiten der Thoraxwandungen in der Zwerchfellgegend der stärkste Druck des Thoraxtonus und in der Schlüsselbeingegend der schwächste stattfinden, und demnach der ausgeathmeten Luft die Richtung zur Trachea vorgeschrieben. Den grössten Antheil an dieser Aufgabe liefert uns aber das Zwerchfell, indem letzteres durch seine beiden seitlichen Gewölbe-Kuppeln den intraabdominellen Druck direct auf die beiden Lungen überträgt, ohne eine Locomotion des Herzens zu veranlassen. Eine Klarstellung dieser so einfachen Thatsache schien mir um so nothwendiger, als durch diese der methodischen Compression der Brustwandungen bei den Emphysematikern, wie bei scheintodten Neugeborenen erst die wissenschaftliche Begründung gegeben wird.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Ihle. Eine neue Methode der Asepsis, welche im Gegensatz zu den bisherigen Methoden eine absolute Keimfreiheit bei Operationen verbürgt und Wasserdampf- sowie Wassersterilisatoren entbehrlich macht. (Stuttgart, F. Enke 1895).

Der Titel der 147 Seiten umfassenden Schrift ist etwas sensationell; er verheisst die Erfüllung des vielen Operateuren vorschwebenden Ideals. Die «neue» Methode besteht wesentlich in der alleinigen Anwendung des Kochens zur Sterilisation aller bei der Operation zu gebrauchenden, mit der Wunde und den Händen des Operateurs in Berührung kommenden Gegenstände. Man muss zugeben, dass der Verfasser seine Methode consequent und logisch durchführt und sie nach Möglichkeit einfach und billig gestaltet; die Einzelheiten sind im Original nachzusehen. Dass sie zuverlässiger ist als die sonst allgemein üblichen Methoden der Dampfsterilisation, indem sie namentlich auch die Mitwirkung des nie zuverlässigen Dienstpersonals fast ausschliesst, ohne dabei den Operateur selbst übermässig in Anspruch zu nehmen, wollen wir dem Verf. glauben, trotzdem er bei dem Vergleich der alten und neuen Methode jene wohl zu schwarz malt. Es ist aber doch Sache der practischen Erfahrung, nachzuweisen, dass der unleugbar richtige Satz «die kühnen Erwartungen, die man auf das neue Verfahren (physikalische Keimtödtung) setzte, hätten sich nicht in dem Maasse erfüllt, als dies anfangs so sicher verbürgt zu sein schien» für die Ihle'sche Methode keine Geltung haben wird. Ihle behauptet freilich, die practische Erfahrung habe ihm bereits Recht gegeben und beruft sich auf eine Reihe schwerer Laparotomien mit günstigem Ausgang. Ref. bestreitet aber auf das Allerentschiedenste dass das Gelingen einer schweren Laparotomie «voller Beweis für die Güte der dabei angewandten aseptischen Methode» ist und

dass «das Peritoneum das zarteste Reagens ist, das wir besitzen.» Diese Behauptungen Ihle's erklären sich z. Th. daraus, dass er Frauenarzt ist. Jeder Chirurg wird aber zugeben, dass z. B. das Gehirn mit seinen Häuten, grosse Muskelwunden, Höhlenwunden mit Eröffnung weitmaschiger Bindegewebsräume ebenso schwer, wenn nicht schwerer aseptisch zu erhalten sind wie Peritonealwunden. Wer schwere penetrirende Bauchwunden mit Verletzung der Bauchorgane mit Glück unter Verhältnissen behandelt hat, wo von Asepsis garkeine Rede ist, wer Erfahrung in Magen- und Darmoperationen und in der Behandlung der mannigfachen Eiterungsprocesse im Peritonealraum hat, muss wissen, dass dabei eine Menge anderer Verhältnisse eine durchaus ebensowichtige Rolle spielt wie die Asepsis und dass das Peritoneum gerade eine immense Widerstandsfähigkeit gegen Infection besitzt. Zweckmässige Anlegung des Bauchschnitts, schnelle Entwirrung complicirter Verhältnisse, passende Drainage, weise Ausnutzung physikalischer und functioneller Eigenschaften des Bauchfells und vieles Andre ausser der Asepsis lassen eine schwere Laparotomie gelingen. Ref. würde nicht von diesen Dingen reden, wenn nicht durch das ganz einseitige Betonen der Asepsis, wie es leider so sehr oft zu hören und zu lesen ist, direct Schaden gestiftet würde. Irregeführt durch den Glauben an die alleinseligmachende Kraft der Asepsis machen sich nur zu Viele an die Lösung chirurgischer Aufgaben, denen ihre mangelhafte Kenntniss der Lebenseigenschaften der Gewebe, ihre ungenügende anatomische und pathologische Vorbildung, ihre ungeschulte Technik nicht gewachsen ist. Der nicht ausbleibende Misserfolg wird dann nicht dem eigenen Unvermögen, sondern Fehlern des die Asepsis besorgenden Personals zugeschrieben — zum Schaden der Kranken, denn wo keine Selbsterkenntniss, da ist auch keine Besserung zu erwarten.

Auch auf die Gefahr hin, als reactionär zu gelten, sieht Ref. sich immer wieder durch Vorkommnisse des täglichen Lebens dazu gedrängt, gegen die allzuhäufig ins Practische übertragene Anschauung zu protestiren, dass mit der Anwendung der Asepsis allein schon Alles gethan sei, was man vom operirenden Chirurgen zu verlangen brauche.

Mit diesem Vorbehalt erkennt Ref. vollkommen die Ihle'sche Schrift an. Die Methode verdient gewiss, in ausgedehntem Maass nachgeprüft zu werden, da alle Einzelheiten theoretisch sicher begründet, wohl durchdacht und zu einem harmonischen Ganzen gefügt sind. Wanach.

Vermischtes.

— Am 23. Januar beging der Professor der gerichtlichen Medicin und Toxikologie an der militair-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Iwanowski sein 30-jähriges Dienstjubiläum. Nach Absolvirung des Arztexamens trat der Jubilar am 23. Januar 1866 als Militärarzt in den Staatsdienst und wurde im Jahre 1869 der medico-chirurgischen Academie zucommandirt, an welcher er 1871 zum Dr. medicinae promovirte. Die Professur an der Academie erhielt er im Jahre 1881.

— An demselben Tage feierte auch der Oberarzt des städtischen Kalinkinhospitals, Staatsrath Dr. Johann Majew, das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen und dienstlichen Thätigkeit. Anfangs mehrere Jahre Militärarzt, wurde M. im Mai 1870 zum älteren Ordinator und vor einigen Jahren zum Oberarzt des Kalinkinhospitals ernannt.

— Mittelst Allerhöchsten Tagesbefehls vom 24. Januar ist der Prosector der Kiewer Universität Dr. W. Kurtschinski zum ausserordentlichen Professor der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ernannt worden.

— An der St. Petersburger Universität sind in diesem Jahre die Vorlesungen über gerichtliche Psychiatrie, welche seit einigen Jahren nicht mehr gehalten wurden, wieder eingeführt worden. In der vorigen Woche hielt der Privatdocent der Psychiatrie an der mil.-medicinischen Academie Dr. Bronislaw Tomaszewski in der Universität seine Antrittsvorlesung über ein psychiatrisches Thema.

— Verstorben: 1) Am 22. Januar in St. Petersburg der Nestor der hiesigen Aerzte, Geheimrath Dr. Hermann Cantzler, im 90. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher bereits im Jahre 1828 seine ärztliche Thätigkeit begann, bekleidete während seiner langen Dienstzeit verschiedene Aemter und war zuletzt Mitglied des Conseils der Kinderasyle. 2) In Simferopol der ehemalige Gouvernements-Medicinalinspector von Taurien, wirkl. Staatsrath Dr. Theodor Bruhns im Alter von nahezu 80 Jahren. Der Verstorbene hatte seine medicinischen Studien in Moskau gemacht, wo er im Jahre 1842 den Arztgrad erlangte. Seine ganze Dienstzeit hat er im Ressort des Ministeriums des Innern verbracht, und zwar viele Jahre als Gouvernements-Medicinalinspector von Taurien, wo er allgemeine Achtung und Liebe genoss. Vor 7 Jahren hatte er wegen vorgeschrittenen Alters seinen Abschied genommen. 3) In Greifswald der Professor der Augenheilkunde an der dortigen Universität. Geh. Medicinalrath Dr. Rudolph Schirmer, im 65. Lebensjahre. Seit 1860 gehörte er dem Lehrkörper der Universität an.

— Der berühmte Würzburger Anatom, Prof. Albert v. Kölliker ist zum Ritter des Ordens pour le mérite für Wissenschaft und Kunst gewählt worden.

— Zur Leitung der neubegründeten Klinik und Professur für Hautkrankheiten und Syphilis an der Würzburger Universität ist der Docent und Primararzt am Wiedener Krankenhause in Wien, Dr. G. Riehl, berufen worden und hat den Ruf angenommen.

— Das zum Ressort der Anstalten der Kaiserin Maria gehörige hiesige Hebammen-Institut, welches von dem Leibaccoucheur Prof. Dr. Ott geleitet wird, ist in «Kaiserliches St. Petersburger klinisches Hebammen-Institut» umbenannt worden.

— Die Statuten einer Heilanstalt für Alcoholiker, welche von der St. Petersburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Trunksucht ausgearbeitet worden sind, hat das Ministerium des Innern vor Kurzem bestätigt. Die neue Heilanstalt, welche vorläufig für 25 Personen in der Nähe von St. Petersburg eingerichtet werden soll, ist ganz auf die zu diesem Zwecke einfliessenden freiwilligen Spenden angewiesen.

— Die auf den Namen Prof. Sklifassowski's bei der St. Petersb. med. Gesellschaft gestiftete Prämie für chirurgische Abhandlungen ist im vorigen Jahre nicht zur Vertheilung gelangt, da keine der eingereichten Arbeiten zweckwürdig befunden wurde.

— Am 28. Januar fand die Einweihung und Eröffnung des temporären städtischen Alafusow-Krankenhauses (2 Werst hinter der Narwaschen Pforte belegen) statt. Das neue Krankenhaus, welches für 250 Kranke eingerichtet ist, steht unter der Leitung des älteren Ordinators des Obuchowhospitals Dr. Jampolski, welchem 4, Assistenzärzte beigegeben sind. Die Ueberführung von Typhus- und Syphilis-Kranken aus den städtischen Hospitälern in's temporäre Krankenhaus ist bereits erfolgt.

— Die militär-medicinische Academie creirt alljährlich mehr Doctoren der Medicin als alle medicinische Facultäten des Reiches zusammen. In dem Zeitraum von 1888 bis 1892 hat die mil.-med. Academie die Würde eines Doctors der Medicin 482 Personen verliehen, während in Jurjew (Dorpat) in derselben Zeit 247 Personen, in Moskau 54, in Charkow 24, in Kasan 19, in Kiew 14 und in Warschau nur 10 Personen die medicinische Doctorwürde erlangt haben.

— Die freie Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse hat sich nunmehr in Wien, ihrem diesjährigen Vororte, definitiv constituirt und Dr. Heinr. Adler (Wien) zum Geschäftsführer, Dr. Anton Bum (Wien) zum Schriftführer gewählt. Dem Ausschusse gehören überdies noch die Prof. Liebreich und Eulenburg (Berlin), Docent Dr. Herrnheiser (Prag) und Dr. Spatz (München) an. (A. m. C.-Ztg.).

— Wie der «Wratsch» erfährt, werden die Professoren der Charkower Universität DDr. W. J. Danilewski und L. W. Orlow in Charkow ein neues Journal herausgeben, das ausschliesslich Referate über die wichtigsten Arbeiten aus allen Disciplinen der theoretischen und praktischen Medicin bringen wird.

— Choleraepidemie in Russland. In der Stadt St. Petersburg erkrankten an der Cholera vom 19.—26. Januar 8 Personen, genasen 5 und starben 5, so dass der Bestand der Cholerakranken in den hiesigen Hospitälern zum 26. Januar 4 Personen betrug. Aus dem Gouvernement St. Petersburg und den übrigen Theilen des Reiches sind in der letzten Zeit keine weiteren Erkrankungen gemeldet worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Januar d. J. 8405 (65 mehr als in d. Vorw.), darunter 1784 Typhus — (65 mehr), 748 Syphilis — (21 wenig.), 164 Scharlach — (3 wen.), 57 Diphtherie — (4 mehr), 151 Masern — (11 mehr), und 32 Pockenkranke — (5 wenig.) als in der Vorw.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Februar 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1896.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(3) 12—3.

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Droguisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.



Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veteriner-Instrumente und Schienen. Kopf- und Zahnbürsten. Guttapercha u. Hornkämme, Zubehör für Massage.

General-Agentur für:

Nährmittel: **Kindermehl und condensirte Milch** von Nestle in Vevey.
„Maltos Cannabis" aus der Fabrik «Rothes Kreuz» in Stockholm.
Kräuter-Bonbon **„Ketty Boss"** B. Semadeni.

Illustrirter Preiscourant gratis. (4) 8—2.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch. Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (2) 12—12

Medicinischer Verlag von **S. Karger** in Berlin N. W. 6.

Soeben ist erschienen:

Das erste Heft des dritten Bandes der

DERMATOLOGISCHEN ZEITSCHRIFT.

Herausgegeben von

O. Lassar

in Berlin.

Das Heft enthält **Originalarbeiten** von **R. Virchow, E. Leyden, Dehio, O. Lassar, Litten, Wermann, Kroesing, Käufer;** ferner: **Referate und Berichte, Periodische Literatur, Buchanzeigen, Tagesnachrichten, und Notizen.**

Abonnements. — Jährlich **M. 30.** — nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten, sowie die Verlagsbuchhandlung entgegen. (11) 2—2.

PASTILLES VICHY-ETAT

aux Sels Naturels extraits des Eaux

Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY

aux Sels Naturels extraits des Eaux

pour fabriquer l'Eau minérale artificielle de Vichy gazeuse.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевска· ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Дозв. ценз. Спб. 6 Февраля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, 10. (22.) Februar 1896

Klinische Mittheilungen

Von
Dr. med. A. Högerstedt.

V. Eine arzneiliche Atropinvergiftung.

Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte am 9. Jan. 1896.

M. H.! Im November des verflossenen Jahres hat Binz in der Berl. klin. Wochenschrift abermals darauf aufmerksam gemacht, dass durch Vorräthighalten einer 1% Lösung von Atropinsulfat Unglücke entstehen. Diese Warnung hat Binz durch eine Reihe einschlägiger Vergiftungsfälle begründet. In der letzten von ihm genauer berichteten Vergiftungsgeschichte aus Westphalen handelte es sich um einen 36-jährigen an Nierenkoliken leidenden, sonst gesunden Mann, welchem von seinem Arzte irrthümlich statt der zugedachten 0,03 Morphium 4 Theilstriche einer 1% Atropinlösung, also 0,004 reinen Atropinsulfats, d. h. das Vierfache der Maximaldosis injicirt worden waren. Mit Rücksicht auf die wahrscheinlich unausbleiblichen Folgen der Atropininjection verabfolgte der betreffende Arzt nun sofort die ursprünglich beabsichtigten 0,03 Morphium — gleichfalls subcutan. 1 Stunde nachher war der Nierenschmerz zum grössten Theil geschwunden; es bestand Sprachbehinderung durch Trockenheit im Halse, nur mässige Mydriasis mit Erschwerung des Sehens und etwas Dysurie. Dagegen wurden sensorielle Störungen und Röthung des Gesichts und des Halses vollständig vermisst. Der Puls war voll und kräftig, 76; die Athmung ruhig und gleichmässig. Der Kranke schlief bald darauf ein, erwachte aber bald mit einem dumpfen Gefühl im Kopfe. Am nächsten Morgen fühlte er sich noch schwach, die Trockenheit im Halse war aber fast ganz geschwunden, und die Stimme war klar. Die Möglichkeit, frei in's Licht zu sehen bestand noch nicht. Die Dysurie hatte ganz aufgehört. -- Der Fall ist, wie Binz bemerkt, ein Beitrag zur Lehre vom therapeutischen Antagonismus der beiden Alkaloide und eine Bestätigung dessen, was Levison gerade betreffs ihrer gleichzeitigen Beibringung in seinen Versuchen am Thier gefunden hatte.

M. H.! Nach dem Vorausgeschickten glaube ich Ihr Interesse für eine Beobachtung beanspruchen zu dürfen, welche mir eben damals zu machen beschieden wurde. als die Binz'sche Notiz noch unter der Presse war. Es war etwas nach 6 Uhr Abends, als mir in meiner Eigenschaft als Dujourarzt die Meldung zuging, dass soeben einem Kranken der therapeutischen Abtheilung aus Versehen 2 volle Pravaz'sche Spritzen einer ½% Atropinsulfatlösung statt der ordinirten 1% Morphiumlösung injicirt worden waren. 6 Uhr 15 Min., also ¼ Stunde nach diesem Geschehniss, sah ich den Kranken, einen jungen, gutgenährten Mann von 24 Jahren, welchem der behandelnde Arzt wegen einer schmerzhaften Affection der Lumbalwirbelsäule die Morphiuminjectionen verordnet hatte. Es bestand psychische Exaltation geringen Grades bei klarem Bewusstsein. Die Schmerzen im Rücken waren geschwunden. Die Haut des Gesichts, des Halses und der vorderen oberen Brustpartien war stark geröthet und fühlte sich trocken an. Die Conjunctiven erschienen injicirt, die Pupillen ad maximum erweitert und starr. Der Kranke klagte über starke Trockenheit im Halse, brennenden Durst, Uebelkeit und Herzklopfen. Der Puls war, obgleich die Arterien sich voll anfühlten, niedrig und entschieden etwas arhythmisch. Der Blutdruck war, soweit aus der leichten Zusammendrückbarkeit des Gefässrohres geschlossen werden konnte, offenbar herabgesetzt. Ich zählte 156 Pulse in der Minute. Dabei waren die Herztöne normal, an der Herzspitze leise und dumpf. Athmung beschleunigt, etwas oberflächlich, aber regelmässig. Keine Ataxie, keine Krämpfe, keine Zeichen von Schlucklähmung.

M. H.! Die volle Wirkung einer arzneilichen Atropingabe pflegt sich im Lauf einer bis dreier ¼ Stunden zu entfalten. Diesem Kranken war das Zehnfache der Maximaldosis subcutan injicirt worden, etwa 3 Mal mehr als zum Erhalten der toxischen Vollwirkung nöthig ist und vielleicht nur 2 Mal weniger als die absolut todt-

bringende Dosis angenommen wird. Diese Zahlen haben gewiss nur relative Gültigkeit, aber ich kann, auch wenn ich die Situation von damals heute ruhigeren Sinnes überschaue, mich doch des Eindruckes nicht erwehren, dass die Vergiftung innerhalb jener 15 Minuten bereits bis zu ihrem zweiten Stadium, also bis zum Sinken des Blutdruckes in Folge beginnender Herzlähmung gediehen war. und dass ihre schnelle Progredienz in dieser Richtung das Leben unmittelbar bedrohte.

Die vielangefochtene Behauptung v. Bezold's, dass das Atropin in toxischer Dosis das Nervensystem unmittelbar lähme, wird, soweit es sich um die Vagusendigungen im Herzmuskel und um die excitomotorischen Herzganglien handelt, heute kaum mehr bestritten. Auch darf als in hohem Grade wahrscheinlich gelten, dass sich diesen Wirkungen eine Lähmung der Vasomotoren hinzugesellt. Nun ist hinlänglich erwiesen, dass die Vaguslähmung in der zeitlichen Aufeinanderfolge dieser Erscheinungen obenan steht. Sophie Fränkel beobachtete schon nach Gaben von 0,0003 – 0,001 Atropin beträchtliches Ansteigen des Blutdrucks und der Pulsfrequenz. Betreffs der In- und Extensität dieser Einwirkung hat Schmiedeberg den Beweis erbracht, dass das Atropin die Endapparate des Nerv. vagus im Herzen bis in ihre letzten reizbaren Endigungen lähmt. Es steht in dieser Hinsicht auf einer höheren Stufe als Curare, dessen Vaguslähmende Wirkung auf eine von den Centren des Herzens mehr entfernte Stelle beschränkt ist. Aus diesem Verhalten, dessen graphische Darstellung ich Ihnen hier aus dem Bernstein'schen Handbuch der Physiologie reproducire, hat Schmiedeberg gefolgert, dass im Herzen Hemmungscentren vorhanden seien, welche vom Atropin direct gelähmt werden, während die Curarewirkung sich nur bis auf die zuleitenden Faserenden des Vagus erstrecke.

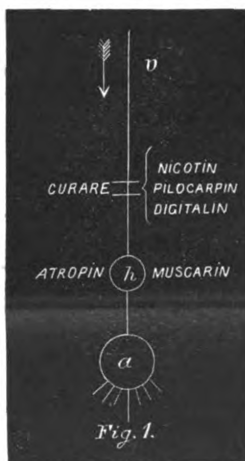


Fig. 1.

M. H.! Es kam mir bei dieser Abschweifung in das Gebiet pharmakodynamischer Thatsachen lediglich darauf an, Sie zu überzeugen, dass das Atropin ein Herzgift allerersten Ranges ist und dass uns bei Vergiftungen mit diesem Körper in den Aenderungen der Herzthätigkeit der zuverlässigste Intensitätsindicator gegeben ist. Nach einer beiderseitigen Vagusdurchschneidung steigt, wie Sie an dieser kymographischen Curve sehen, der Blutdruck trotz Kleinerwerden jeder Herzsystole in erheblichem Grade, weil die in der Zeiteinheit geförderte Blutmenge in Folge der vermehrten Pulsfrequenz zunimmt. Das sind also die Charaktere des ersten Stadiums der Atropinwirkung. Reizt man nun die durchschnittenen Vagi an ihren peripheren Stümpfen, so tritt, wie Sie sehen, diastolischer Herzstillstand ein, und die Druckcurve sinkt schnell ab. Im zweiten Stadium der Atropinvergiftung sinkt der Blutdruck gleichfalls, aber als Resultat der sich hinzugesellenden Lähmung der excitomotorischen Herzganglien und der Vasomotoren; die Pulsfrequenz nimmt dagegen noch zu, die Pulswellen werden noch kleiner und unregelmässig.





So weit war die Vergiftung bei unserem Kranken bereits vorgeschritten und ich brauche wohl kaum mehr zu begründen, dass das Leben des Kranken unmittelbar bedroht war, obgleich es zu ausgesprochener Lähmung der cerebralen Hemmungs- und Regulirungsvorrichtungen noch nicht gekommen war.

Wohl aber glaube ich darauf hinweisen zu müssen, dass es keinen Indicator zu geben scheint, nach welchem die Nähe dieser Gefahr sicher bemessen werden könnte. Denn wir können in keinem Fall a priori sagen, wie weit die Vagus lähmende Atropinwirkung gediehen ist. Der Erfolg therapeutischer Gegenmaassnahmen hängt aber lediglich hiervon ab. Es ist eine ausgemachte Thatsache, dass eine Beeinflussung des durch Atropin in seinen Vagusenden complet gelähmten Herzens in entgegengesetzter Richtung durch kein einziges Mittel, auch nicht, wie Schmiedeberg gezeigt hat, durch Muscarin, dem in dieser Beziehung directen Antagonisten des Atropins zu Wege gebracht werden kann. Nicotin, Pilocarpin, zum Theil auch Digitalin können bezüglich ihrer Vagus erregenden Wirkungen nicht wohl als Antagonisten des Atropins betrachtet werden, denn ihre Angriffspunkte liegen, wie Sie sehen, in gleichem Niveau des Curare und ihre diesbezügliche Toxicität steht auf entsprechend niederer Stufe als die des Muscarins. Wir sind also der Theorie nach jenseits eines gewissen individuell nicht vorausbestimmbaren Schwellenwerthes der Hauptgiftwirkung des Atropins gegenüber, machtlos. Aber eben darum, so niederdrückend diese Erkenntniss ist, so wenig darf sie auch scheinbar verzweifelten Fällen gegenüber das Lebenerhaltende Streben in uns lähmen und uns die Hoffnung rauben, dass es, aller grauen Theorie zum Trotz noch nicht zu spät sei!



Ich habe damals der Zwangslage gehorchend und bestärkt durch die warme Empfehlung Mac Gowan's das Vagus erregende Pilocarpin gewählt und in Anbetracht dessen, dass mit dem Zehn-

fachen der maximalen Atropindosis zu kämpfen war, sofort 2 Spritzen einer 2 pCt. Lösung salzsauren Pilocarpins, also 0,04 injicirt. Da im Lauf einer 1/2 Stunde danach noch keine wesentliche Wirkung zu verzeichnen war, so injicirte ich noch 0,02. Es waren also in summa 6 Centigramm salzsauren Pilocarpins, d. h. das Dreifache der Maximaldosis zur Verwendung gekommen. — 7 Uhr 15 Minuten, ein halbe Stunde nach der letzten Pilocarpininjection war der Puls auf 100 gesunken und ganz regelmässig geworden. Die Herztöne waren bedeutend lauter, die Pulswellen voll und kräftig, die Arterienspannung und der Blutdruck hatten zugenommen. Die Athmung hatte sich beruhigt und die Röthung des Gesichts und des Halses war abgeblasst. Es bestanden Nausea und Ptyalismus geringen Grades, dagegen war keine Spur von Schweiss bemerkbar. Die Pupillen blieben stark erweitert. — Am folgenden Morgen vollständig normales Befinden bis auf eine leichte Dysurie und immer noch starke Mydriasis, deren Abklingen volle vier Tage in Anspruch nahm.

St. Petersburg, den 9. Januar 1896.

Referate.

G. Klemperer: Zur Pathologie und Therapie der Gicht. (Deutsche med. Wochenschr. № 40, 1895.

Rudolf Kolisch: Ueber Wesen und Behandlung der Gicht. (Wiener klin. Wochenschr. № 45, 1895).

Auf Grund seiner Blut- und Harnuntersuchungen bei Gichtkranken fasst K. das Wesen der Gicht folgendermassen auf: es führen unbekannte Stoffe bei der Gicht zu entzündlichen und nekrotischen Processen in verschiedenen Geweben; diese nekrotischen Gewebspartien haben die Fähigkeit aus dem mit Harnsäure überladenen Blut diese an sich zu reissen: die chemische Affinität der Gichtnekrose zur Harnsäure ist Zeitweise sehr gross, so dass das Blut die Harnsäure nicht in Lösung zu bringen vermag. Was das für Stoffe sind, welche die nekrotischen Vorgänge verursachen, wissen wir vorläufig noch nicht; bekannt ist, dass sitzende und üppige Lebensweise die Bildung dieser Stoffe begünstigt. Die Therapie muss daraufhin gerichtet sein, — die Nekrosen zum Rückgange zu bringen, der Giftstoff muss bekämpft werden und zwar einerseits durch Oxydation (Arbeit, rüstige Bewegung, Bäder, Hautpflege), andrerseits durch Beschleunigung der Ausscheidung (Schwitzen, reichliches Trinken von alkalischen Wässern, Massage der nekrotischen, entzündeten Theile, Pflanzensäure, insbesondere Citronensaft). Die Diät muss eine derartige sein, dass sie Umsetzungen befördert und Ablagerungen entgegen arbeitet. Ein Uebermaass von Fetten und Kohlehydraten ist zu meiden. Da aus harnsäurereichem Blut Harnsäure eher ausgefällt werden dürfte, als aus harnsäurearmen, ist das Fleisch in den Hintergrund zu drängen (200 g. täglich) eine Milchcur sehr zu erwünschen.

K. beantwortet die Frage nach dem Wesen der Gicht in folgender Weise: Den Unregelmässigkeiten der Harnsäureökonomie kommt nur eine symptomatische Bedeutung zu, — der Hauptfactor ist der gesteigerte Nucleinzerfall und die Vermehrung der sog. Alloxurkörper; in allen Stadien der urathischen Diathese constatirt man einen gesteigerten Zerfall des Nucleïns der Zellkerne. Die Schwankungen der Harnsäurewerthe sind der Ausdruck für die Functionsfähigkeit der harnsäurebildenden Organe, in erster Linie der Nieren; solange diese gesund sind, wird die Summe der Zerfallsproducte des Nucleïns als Harnsäure ausgeschieden, bei Erkrankungen der Niere leidet die Harnsäurebildung; an Stelle der Harnsäure treten die Alloxurbasen. Die grosse Aehnlichkeit der gichtischen Nierenaffection mit der bei chronischer Bleivergiftung auftretenden, legen den Gedanken nahe, auch in der Gichtniere eine toxische Veränderung zu suchen; die vom Verf. zuerst festgestellte Thatsache, dass im Harn der Uratiker ausnahmslos die Alloxurkörper vermehrt erscheinen, liessen vermuthen, dass speciell die giftigen Alloxurbasen es sind, welche Veränderungen im Organismus hervorrufen, die den durch chronischen Saturnismus bedingten Veränderungen analog sind.

Die Versuche zeigten, dass bei genügend langer Einfuhr von kleinen Dosen einer Alloxurbase (0,01 Hydrochinon pro die) in der Niere Veränderungen auftreten, wie sie bei Bleivergiftung constatirt werden. K. bezeichnet die uratische Diathese, als Alloxurdiathese, dieselbe hat einzelne Stadien, die durch das Verhalten der Harnsäure charakterisirt werden. Solange die Nieren normal functioniren, wird der Uratiker, wie ein Gesunder, die Hauptmenge der Alloxurkörper als Harnsäure ausscheiden. In dieser Periode wird eine starke Mehrausscheidung der Harnsäure constatirt werden. Die Kranken dieser Art gehören in jene Gruppe, die von den alten Autoren als «Vorläufer der Gicht» Lithaemie, uratische Diathese bezeichnet wurden. Im weiteren Verlauf der Erkrankung beginnen die Organe der Harnsäureprägung zu ermüden, es kommt zur vermehrten Bildung und Ausscheidung von Alloxurbasen.

Die Diathese ist eine ererbte, sie äussert sich darin, dass das Individuum eine die Norm übertreffende Menge von Nuclein continuirlich zersetzt. Die durch den gesteigerten Nucleinzerfall im Organismus freiwerdenden Zwischenproducte desselben werden zunächst in den geeigneten Organen entgiftet; erst im Laufe der Jahre werden durch die Anomalie selbst, ausserdem durch das Hinzutreten äusserer Momente (Lebensweise, Alcoholismus, Blei, Anaemie etc.) die Entgiftungsorgane, speciell die Nieren in ihrem Zellbestande geschädigt. Die Folge davon ist ein wahrer circulus vitiosus, indem das in vermehrter Quantität vorhandene Gift die zu seiner Zerstörung nothwendigen Organe unwirksam macht und seinen deletären Einfluss in immer wachsender Stärke entfaltet. Der klinische Ausdruck für diese Autointoxication ist der bekannte Symptomencomplex der echten Gicht mit seinen Gewebsnekrosen, Gelenkveränderungen und der kolossalen Ausscheidung von Alloxurbasen durch den Harn. Der acute Gichtanfall stellt ein Aufflackern des chronischen Processes dar — es wird der Organismus plötzlich mit Nucleinzerfallsprodukten überschwemmt.

Verf. schliesst dies daraus, dass während des Anfalles die Menge der Alloxurkörper im Harne beträchtlich ansteigt und die Nieren auf diesen Anstieg mit einer Reizung reagiren, es tritt plötzlich Albuminurie auf, der Urin enthält reichlich Leucocyten, eventuell sogar Cylinder. Was die Therapie anlangt, so wird man vor Allem zu sorgen haben, dass eine unnöthige Steigerung des Nucleinzerfalls vermieden, und die Umprägung der Zerfallsproducte zu Harnsäure begünstigt werde. Man hat zu vermeiden, dass durch Zufuhr nucleinhaltigen und basenhaltigen Materials das Gichtgift vermehrt werde.

Bei der Diät sind unbedingt zu vermeiden kernreiche, nucleinhaltige Gewebe, während das Muskelfleisch wohl zu gestatten ist. Wichtig scheint auch die Zubereitung des Fleisches zu sein: das gekochte Rindfleisch eignet sich vorzüglich als Fleischnahrung des Gichtkranken, da durch das Auskochen mit Wasser die für die Nieren schädlichen Extractivstoffe ausgelaugt werden; Suppen-Fleischextracte und dgl. sind zu untersagen. Ein vorzügliches Ersatzmittel für Eiweiss sind die Fette in jeder Form, auch die Milch eignet sich vorzüglich, da die Nucleine derselben keine Alloxurbasen abspalten, ebenso verhalten sich die Nucleine der Eier. Von pflanzlichen Nahrungsmitteln sind alle zu empfehlen mit Ausnahme gewisser Keimlinge, wie z B. Spargel, welche Alloxurbasen enthält, am besten eignen sich die blattartigen Gemüse und Salate.

Alkohol ist wegen der schlechten Einwirkung auf die Nieren zu verbieten. Verf. warnt vor übermässigen Körperanstrengungen mit Rücksicht auf die Versuche von Dr. Pöch, welche ergaben, dass unter dem Einflusse derselben die Nucleinzersetzung ansteigt. Abelmann.

Ergebnisse der Sammelforschung über das Diphtherieheilserum für das 1. Quartal (Januar—April) 1895; dasselbe für das 2. Quartal (April—Juli) 1895. (Kaiserliches Gesundheitsamt).

Für das 1. Vierteljahr 1895 sind im Kaiserlichen Gesundheitsamte im Ganzen von 232 Aerzten in 191 Krankenanstalten 2228 Fragebogen eingeliefert worden, welche das Material für die Zusammenstellungen liefern. Bei einem Theile derselben (1148 Fälle) wurde die Diagnose «Diphtherie» durch die bakteriologische Untersuchung sichergestellt; in den übrigen Fällen wurde dieser Nachweis nicht geführt, doch gleichen sich bei dem umfangreichen Material die daraus etwa entstehenden Fehler aus. Von 2228 Behandelten sind 1805=81 pCt. genesen und 386=17,3 pCt. gestorben. Bei 37 Kranken=1,7 pCt. war zur Zeit der Ausstellung des Fragebogens der Ausgang der Krankheit noch unbekannt. Die Mortalitätsziffer 17,3 pCt. ist um so mehr als eine niedrige zu bezeichnen, als hierbei sämmtliche Fälle, auch die Complicationen, sowie die hoffnungslos eingelieferten und kurz nach der Aufnahme verstorbenen Patienten mit einbegriffen sind. — Von den 2228 Kranken zeigten 682=30,6 pCt bei der Aufnahme Stenosenerscheinungen, davon mussten 632=28,4 pCt. tracheotomirt oder intubirt werden und starben davon 238=37.7 pCt. In den Fragebogen sind die Fälle nach dem klinischen Werthe in leichte, mittlere und schwere gruppirt (unter Zugrundelegung der Heubner'schen Eintheilung):

leichte Fälle waren	749(33,6 pCt.)	davon genasen	743(99,2 pCt.)
mittlere »	»	336(15,1 »)	»	»	322(95,8 »)
schwere »	»	1076(48,3 »)	»	»	722(67,1 »)
ohne Ang. »	»	67(3,0 »)	»	»	53(79,1 »)

In der Tabelle I findet sich die Sonderung der Fälle nach dem Alter, wobei die günstige Heilungsziffer bei den Kindern unter 2 Jahren sehr bemerkenswerth ist. In diesem Alter wurden 234 Kinder behandelt, davon genasen 52,6 pCt., während früher diphtheriekranke Kinder in diesem Alter gewöhnlich starben, dabei waren die betreffenden Fälle, wie aus der Tabelle ersichtlich, keineswegs leichte. Auch bei den operirten kleinen Kindern über 1 Jahr ist das Ergebniss ein günstiges. Was die angewandten Quantitäten des Heilserums betrifft, so wurden injicirt:

unter 600 J.-E.	in 81 Fällen,	davon	starben	10=12,3 pCt.
» 600 J.-E.	in 815	»	»	»	71= 8,7 »
» 1000 »	» 623	»	»	»	107=17,2 »
» 1200 »	» 182	»	»	»	45=24,7 »
» 1500 »	» 178	»	»	»	44=24,7 »
über 1500 »	» 171	»	»	»	70=40,9 »

In der Mehrzahl der Fälle wurde also die einfache Heildosis von 600 J.-E. verwendet; es erscheint nicht unmöglich, dass manche der nur mit 600 J.-E. behandelten schweren Fälle vielleicht durch sofortige Injection von 1000 oder mehr Einheiten gerettet worden wären. Neben der Schwere der Fälle kommt aber auch noch der Beginn der Behandlung nach der Erkrankung für die Wahl der Serumquantität in Betracht. Tabelle II gibt eine Zusammenstellung der Resultate nach den Krankheitstagen, an welchen die Behandlung begann, — es ergiebt sich, dass bei einer frühzeitigen Behandlung das Resultat ganz wesentlich günstiger ist, als in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit.

Tabelle III giebt das Ergebniss der Statistik der bakteriologisch untersuchten Fälle, wobei die Mortalitätsziffer eine ähnliche ist, wie die bei der Zusammenstellung sämmtlicher Fälle erhaltene. — Was die Häufigkeit des Uebergreifens auf den Larynx betrifft, so konnte in 45 Fällen, welche mit Stenosenerscheinungen zur Aufnahme gelangten, die Operation vermieden werden. Viele Berichterstatter weisen geradezu darauf hin, dass die betreffenden Kinder hätten tracheotomirt werden müssen, wenn nicht das Serum vorher versucht worden wäre. Bei 66 Patienten musste die Tracheotomie oder die Intubation trotz der Serumbehandlung ausgeführt werden. Der Verlauf der Krankheit nachdem eine Operation der Stenose nöthig geworden, war insofern ein günstiger, als von den 632 Operirten (608 Trach. 24 Intub.) 61,2 pCt. genasen; auch wurde wiederholt ein auffallend rasches Abstossen der Membranen bemerkt. Eine viel umstrittene Frage ist die nach dem Einfluss des Serums auf die Albuminurie. Unter den 2228 Fällen waren 371=16,6 pCt. Fälle von Albuminurie; bereits vor der Injection hatten 176 Kranke Eiweiss im Harn, während sich bei 195 Kranken Eiweiss später einstellte; ob in der That alle diese Fälle vor der Injection eiweissfrei waren, kann mit Sicherheit nicht constatirt werden (da in den Fragebogen in vielen Fällen sich keine Angabe darüber findet). Von den 371 Fällen starben 15 und zeigten bei der Section deutliche Nierenveränderungen, doch war nur bei zweien dieser Todesfälle die Nephritis als Ursache wesentlich betheiligt; einige Male ist eine Besserung der schon bestehenden Nephritis nach der Injection in den Fragebogen vermerkt Nach dem Gesammteindruck scheint das Serum weder einen nützlichen, noch einen schädlichen Einfluss auf die Nierenfunction auszuüben. Von den Nebenwirkungen des Serums wurden beobachtet: Abscesse an der Injectionsstelle 13 Mal, Exantheme verschiedenen Characters bei 207 Fällen. Urticariaähnliche Ausschläge sind 75 Mal verzeichnet. Das Exanthem zeigte sich oft am 6—8 Tage, manchmal auch viel später, um nach kurzer Zeit wieder zu verschwinden; zuweilen waren dabei geringe Fieberbewegungen zu beobachten.

Scharlachähnliche Exantheme, sowie Erythema multiforme kamen bei 103 Fällen zur Beobachtung. Wiederholt war es nicht ohne Weiteres möglich das scharlachähnliche Exanthem von wirklicher Scarlatina zu unterscheiden, besonders wenn stärkeres Fieber das Auftreten des Exanthems begleitete. Die beiden Ausschlagformen unterscheiden sich vor Allem durch den flüchtigen Verlauf des scharlachähnlichen Exanthems und durch das Ausbleiben der Desquamation. Pemphigus ist bei 2 Kranken vermerkt. Glieder- und Gelenkschmerzen bei 24 Fällen, Herzschwäche bei 3 Kranken, Hauthaemorrhagien auch bei 3 Kranken. Endlich ist noch das plötzliche Auftreten der Miliartuberkulose zu erwähnen. In einem Falle war dem Berichterstatter der rapide Verlauf der Tuberculose auffallend, welche im Leben nicht diagnosticirt worden war, ausserdem litt das Kind noch an Keuchhusten. In einem anderen Fall fand sich bei der Section eine frische Miliartuberculose der Pleura, die gleichfalls während des Lebens nicht erkannt war. Es scheint jedoch sehr unwahrscheinlich, dass das Serum (wie Benda und einige französische Autoren ursprünglich behauptet haben) nach Art der Tuberculinwirkung eine Miliartuberculose auslösen könne.

Für das 2. Vierteljahr 1895 sind von 251 Aerzten in 192 Krankenanstalten 2130 Fragebogen eingeliefert worden. Bei 1278 Kranken wurde durch bakteriologische Untersuchung die Diagnose sichergestellt. Von den 2130 Kranken sind 1812 = 85,1 pCt. genesen und 306 = 14,3 pCt. gestorben; bei 12 (0,6 pCt.) Kranken war der Ausgang der Krankheit noch unbekannt. Wenn man die hoffnungslos eingelieferten Fälle d. h. die innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Aufnahme Gestorbenen ausscheidet, so beträgt die Mortalität nur 283 = 13,3 pCt

Nach der Schwere gruppiren sich die Fälle:

leichte Fälle	710 (33.3 pCt.)	davon	genasen	709,
mittlere »	293 (13,8 pCt.)	»	»	291,
schwere »	1021 (47,9 pCt.)	»	»	731.
ohne Angabe	106 (4.9 pCt.)	»	»	93.

Von 259 Kindern unter 2 Jahren starben nur 97 (37,5 pCt.) trotzdem die Mehrzahl der Fälle als schwer, bezeichnet wird. Von den 2130 Kranken zeigten 841 = 39,5 pCt. Larynxdiphtherie, 588 Kranke mussten tracheotomirt oder intubirt werden (27,6 pCt.). Die Sterblichkeitziffer der an Larynxdiphtherie erkrankten Säuglinge ist ebenso, wie die der Operirten eine niedrige (siehe Tabelle II). Bemerkenswerth ist, dass von den 841 Kehlkopfdiphtherien nur 588 operirt werden mussten, in 253 Fällen konnte also eine Operation vermieden werden. Wiederholt findet sich auch in den Fragebogen die Bemerkung, dass der Kranke früher, vor Einführung der Serumbehandlung hätte tracheotomirt werden müssen, oder dass der Patient ohne die Seruminjection die Tracheotomie nicht überstanden hätte. Der Verlauf der Krankheit, nachdem eine Operation der Stenose nöthig geworden, war auch diesmal sehr günstig, von 588 (533 Tracheot. und 55 Intub.) starben 176 = 29,9 pCt. Was die Ansichten über die Einwirkung des Serums auf die Nierenfunction anlangt, so sind dieselben noch immer getheilt, jedoch ist jedenfalls eine wesentliche Vermehrung der Albuminuriefälle durch das Serum nicht zu beobachten. Lähmungen wurden 74 mal beobachtet und zwar: 20 mal Schlucklähmung, 13 mal Gaumensegellähmung, 2 mal Abducens- und 3 mal Akkomodationslähmung. 36 Fälle von Herzlähmung führten zum Tode. Als schädlich wurde das Serum nur in 15 Fällen bezeichnet, als vielleicht schädlich ebenfalls in 15 Fällen, als unschädlich in 995 Fällen: bei den übrigen findet sich keine Angabe. Von diesen 30 Fällen starben 12, doch ergab die Obduction keinerlei auffallende Befunde. Von sonstigen Nebenwirkungen, welche von den Berichterstattern selbst als unschädlich bezeichnet werden, sind erwähnt: Urticaria 65, Serumexanthem 76, scharlachähnliches Exanthem 35, Gelenkschmerzen 16, Abscessbildung 5, Pemphigus 2, Herpes zoster 1, Varicellen 1, Herzschwäche 7, Albuminurie 10, Nephritis 6, Schlucklähmung 10, Milzschwellung 1, Nachfieber 2, Somnolenz und Schlafsucht nach der Injection 6, Herpes 6, starke Schweisse 1. Im Allgemeinen kann man sagen, dass das Ergebniss der Sammelforschung des 2. Quartals ein derart günstiges ist, dass die weitere Anwendung des Serums empfohlen werden kann.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Doudonné: Schutzimpfung und Serumtherapie. Zusammenfassende Uebersicht über die Immunitätslehre mit besonderer Berücksichtigung der Blutserumtherapie. Leipzig, 1895. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Preis gebunden Mark 3,25.

Die Literatur über die im Vordergrund des Interesses stehende Immunitätslehre hat im Laufe der letzten Jahre eine so grosse Ausdehnung erfahren, die experimentellen und klinischen Beobachtungen über die Immunisirung und Heilung sind so mannigfaltiger Art, dass eine Orientirung auf diesem Gebiete dem practischen Arzt durchaus nicht leicht wird. Es kann in Folge dessen das Erscheinen dieses Büchleins, das eine zusammenfassende Darstellung der Immunitätslehre und der Serumtherapie bringt, nur sehr willkommen sein. Den ganzen Stoff hat Verf. auf 5 Capitel vertheilt 1. Angeborene Immunität 2. Erworbene Immunität 3. Die Blutserumtherapie 4. Anwendung der Serumtherapie beim Menschen 5. Anwendung der Serumtherapie in der Thiermedicin. Das Buch zeichnet sich durch die klare und anschauliche Darstellung des Materials in vortheilhafter Weise aus und kann dem practischen Arzt angelegentlich empfohlen werden.

Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

599. Sitzung am 9. Januar 1896.

Vorsitzender Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr von Petersen demonstrirt einen Pat. mit Muskelgummata, die im Grunde eines Unterschenkelgeschwüres sichtbar sind, und legt dem Verein eine Wachsnachbildung des Unterschenkels des Pat. vor Beginn der Behandlung vor, an welcher die Gummata sich noch deutlicher präsentiren. Gleichzeitig erinnert v. Petersen an das seltene Vorkommen der beiden syphilitischen Muskelaffectionen, sowohl der Myositis diffusa als auch der Myositis gummosa.

2. Herr Högerstedt spricht über einen Fall von Atropinvergiftung (cf. den Originalartikel d. №).

Herr von Schröder weist darauf hin, dass schon nach unbedeutenden Dosen von Atropin zuweilen Vergiftungserscheinungen bei Idiosynkrasie der Pat. eintreten, noch kürzlich traten solche 10 Minuten nach Application von 2—3 Tropfen einer 1% Lösung bei einem 60-jährigen Pat. auf. In der Augenheilanstalt wird in solchen Fällen mit gutem Erfolg das Morphium als Antidot verwandt. Recht schwere Fälle von Vergiftungen, in welchen es schon zum Coma gekommen war, konnten mit grossen Morphiumdosen gerettet werden. In der Praxis hat sich jedenfalls das Morphium in grossen Dosen bewährt.

Herr Högerstedt glaubt, dass in den schweren Vergiftungsfällen, wo schon die Herzcentren angegriffen sind, das Morphium nicht am Platz ist, wohl aber das Digitalin oder Pilocarpin. Leyden empfiehlt das Pilocarpin bei manifester vaguslähmender Wirkung des Atropin, ebenso Mc. Gowen. Morphium selbst setzt die Herzkraft herab, es kann aber verwandt werden in den Stadien der Atropinvergiftung, wo die sonstigen charakteristischen Vergiftungserscheinungen vorhanden sind.

Herr Blessig glaubt, dass eine Idiosynkrasie gegen Atropin recht selten ist unter den Tausenden von Augenkranken die mit Atropin oft wochenlang behandelt werden. Als erste Erscheinungen der Vergiftung ist Trockenheit im Halse anzusehen und zwar viel früher als Mydriasis des anderen, nicht direct behandelten Auges.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Dritte Sitzung.

Freitag, den 15. Sept. 1895, 9 Uhr Vormittags

1. Dr. P. Bergengrün demonstrirt seinen in der I. Sitzung gehaltenen Vortrag erläuternde mikroskopische Präparate und Zeichnungen.

2. Dr. E. Anders macht die Versammlung im voraus mit einer Collection von orthopädischen aus Filz hergestellten Apparaten bekannt, deren therapeutische Verwerthung auf der VI. Sitzung in dem von Dr. Anders angekündigten Vortrage zur Sprache kommen soll. (cf. Programm: VI. Sitzung 1. c.).

3. Dr. A. Treu giebt ein **Referat über den Bestand seines jüngst in Lindheim gegründeten Sanatoriums für Lungenkranke**:

Meine Herren Collegen! Wie Ihnen, soweit Sie Leser der «St. Petersb. med. Wochenschrift» sind, bekannt sein wird, habe ich seit dem Mai dieses Jahres eine private Pension für Lungenkranke errichtet. Dieses mein Unternehmen ist insofern eine Frucht des Livl. Aerztetages, als der im vorigen Jahre von Herrn Prof. Dehio vor der Gesellschaft livl. Aerzte gehaltene Vortrag «zur Therapie der Phthise» einen meinerseits schon seit Jahr und Tag gehegten Plan zur Reife gebracht hat. Daher gestatte ich mir, die mir von unserm Herrn Präsidenten liebenswürdigst gebotene Gelegenheit zu ergreifen und Ihnen, meine Herrn, mit einigen Worten über die bisherige Entwicklung meiner im Entstehen begriffenen Anstalt zu berichten.

Was die Lage und die sonstigen localen Verhältnisse, sowie die Aufnahmebedingungen betrifft, brauche ich keine Worte zu verlieren; ich verweise in dieser Beziehung auf meine Bekanntmachungen in der «St. Petersb. med. Wochenschrift» (Nr. 12 und Nr. 34). Ich will Ihnen in Folgendem blos ein ungefähres Bild von der bisher naturgemäss recht bescheidenen Frequenz und der von mir geübten Behandlung entwerfen.

Ausser einer Anzahl gesunder oder blos erholungsbedürftiger Sommerfrischler habe ich bisher 5 Patienten mit nachgewiesener Lungentuberkulose bei mir aufgenommen. In 2 von diesen Fällen handelte es sich um alte, ganz chronisch und fieberfrei verlaufende Processe. In beiden Fällen war demnach der Erfolg der Cur ein günstiger. Der eine von den letztgenannten Patienten verliess Lindheim nach einmonatlichem Aufenthalte daselbst mit einer Körpergewichtszunahme von 5¼ Pfd., der andere hatte sein auf 114 Pfd. herabgesunkenes Körpergewicht nach monatlicher Cur auf 126 Pfd. gebracht.

Anders verhält es sich mit 2 Fällen von kürzlich ausgebrochener Phthise. In beiden Fällen handelte es sich um junge (19 resp. 20 jährige), im höchsten Grade erethisch veranlagte Naturen, die mit mehr oder weniger hohen Abendtemperaturen zu mir kamen und während der ganzen Beobachtungszeit in charakteristischer Weise gefiebert haben. Der eine von diesen Fällen betrifft ein junges Mädchen aus Kurland, welches nach 2 monatlichem Aufenthalte in Lindheim mit einer Körpergewichtsabnahme von beinahe 10 Pfd. und einer nachweisbaren Verschlimmerung des objectiven Lungenbefundes aus pekuniären Gründen entlassen werden musste. Der zweite erethische Patient ist ein junger Mann aus Riga, der schon am ersten Mai bei mir eintraf und, abgesehen von einem 14-tägigen Aufenthalte bei den Angehörigen am Strande und in Riga, die ganze Zeit seitdem bei mir verbracht hat. Diesen sehr interessanten Kranken werde ich Gelegenheit haben, den ganzen Winter über zu beobachten. Bisher ist er keinen Tag ganz fieberfrei gewesen und hat dementsprechend seit seiner Aufnahme circa 17 Pfd. an Körpergewicht eingebüsst. Subjectiv fühlten sich die beiden letzterwähnten Kranken trotz des ungünstigen Krankheitsverlaufes meist ausgezeichnet.

Der 5. Fall betrifft eine junge Frau (24 a. n.) aus St. Petersburg, die im Juni dieses Jahres zu husten begann; Anfang August constatirte Dr. W. daselbst den folgenden Status: «Dämpfung über beiden Lungenspitzen, bronchiales Athmen mit vereinzelten klingenden Rasselgeräuschen. Im September Tuberkelbacillen in reichlicher Menge. Leicht febrile Abendtemperaturen». Pat. langte am 30. August Nachmittags in Begleitung des Mannes in Lindheim an.

Bei der Untersuchung am 31. August fand ich den von Dr. W. mitgetheilten Status, nur konnte ich keine klingenden Rasselgeräusche entdecken. Das Körpergewicht, welches vor einigen Wochen in St. Petersburg 128 Pfd. betragen haben soll, betrug am 31. August 131½ Pfd., am 5. September 132 Pfd. und am 12. September 135½ Pfd. Die Temperatur, welche Anfangs Abends bis 37,6 (einmal bis 38,5) stieg, ist seit dem 6. September so gut wie normal. Viel weniger Husten, weniger Auswurf, welch letzterer häufig Blutbeimengungen enthielt. Diesen Fall habe ich Ihnen, meine Herren, trotz der kurzen Beobachtungszeit ausführlicher mitgetheilt, weil er klar beweist, dass die weite Fahrt per Axe von Werro bis Lindheim — als solche bei der nöthigen Vorsicht den Krankheitsprocess in keiner Weise ungünstig beeinflusst, dass somit der häufigste Vorwurf, welcher von ärztlicher Seite meiner Anstalt gemacht worden ist, — die weite Entfernung von der Eisenbahn — hinfällig wird. Was die Behandlung betrifft, so sind die Hauptfactoren derselben — gute Luft und gute und reichliche Ernährung — durch die localen und wirthschaftlichen Verhältnisse in Lindheim gegeben. Die Lebensweise ist geregelt. Morgens im Bette trinken die Kranken gewöhnlich heisse Milch mit Selters und etwas Soda. Darauf wird der ganze Körper mit kühlem Wasser abgerieben, vorausgesetzt, dass die Morgentemperatur unter 37,5 ist. Nachher wird ein kühles Fussbad genommen und dann aufgestanden. Das Hauptgewicht lege ich aber auf sorgfältigste Unschädlichmachung des bacillenhaltigen Sputums. In letzterem erblicke ich eine eminente Gefahr — weniger für die Umgebung des Kranken als vielmehr für den Patienten selbst. Ich bin nämlich überzeugt, dass die so häufige und dann stets verhängnissvolle Complication der Lungentuberculose mit gewissen Verdauungsstörungen mit dem von den meisten Menschen gewohnheitsmässig betriebenen Verschlucken des Sputums in causalem Zusammenhange steht. Das Erste, was ich meinen Patienten — auch in der Ambulanz — einschärfe ist daher: «Nur ja niemals den Auswurf verschlucken oder an einem Orte deponiren, wo er eintrocknen könnte». Um diese Vorschrift strikte erfüllen zu können, ist ein beständiges Beisichtragen des Dettweiler-schen Taschenfläschchens für Hustende unerlässlich. Ohne diesen Apparat wird jeder Patient häufig in die Lage kommen, besonders wenn er in Gesellschaft anderer Personen einen Hustenanfall bekommt, sein Sputum entweder zu verschlucken, oder ins Taschentuch oder aber auf die Diele zu deponiren, wobei oft auch noch ein Uebriges gethan wird, indem man das Sputum mit der Stiefelsohle recht schön verreibt. Nur durch consequente Erziehung und bei beständiger Anwesenheit des Taschenfläschchens lässt sich diese gefährliche Unsitte abstellen. Kreosot wende ich nur bei fiebernden Patienten an, dann aber consequent und in grossen Dosen (15—20 Tropfen pro dosi).

Discussion.

a) Dr. L. Meyer — Wenden wendet sich an Herrn Dr. Treu mit der Anfrage, ob er in seiner Praxis eine schädliche Wirkung des Kreosots auf den Darmtract habe beobachten können? Redner habe die Erfahrung gemacht, dass das Mittel Anfangs vertragen werde, später aber einen Catarrhus intestinalis verursache. Die neueren Mittel Kreosotal und Guajacol. carbon. seien nach Redners Beobachtungen ganz unschädlich für den Darm und zeigen gute Erfolge.

b) Dr. A. Treu habe bei jahrelangem consequentem Gebrauche des reinen Kreosot niemals eine nennenswerthe Störung der Magen-Darmfunctionen, die durch das Kreosot bedingt wurden, gesehen. Redner finde daher keinen Grund, von dem reinen Kreosot abzugehen, da es unzweifelhaft in manchen Fällen entschieden günstig wirkte.

c) Dr. C. Deubner erwähnt, dass reines Creosot von allen Präparaten auch ihm das beste zu sein scheine. In der tuberculösen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses zu Riga habe er seit 8 Jahren die Gelegenheit, in geeigneten Fällen das Creosot und seine Surrogate anzuwenden und gebe er dem reinen Creosot entschieden den Vorzug. Auch das jüngst empfohlene Nutrincreosot scheine ihm, soweit bis jetzt zu entscheiden, keinen Vorzug vor dem Creosot zu haben.

4. Der Präses Dr. Truhart begrüsst im Namen der Gesellschaft livl. Aerzte den eben in der Sitzung erschienenen Medicinalinspector, Herrn Dr. med. V. J. Aristow.

5. **Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis in Livland:** (das Präsidium für diesen Theil der Tagesordnung übernimmt der örtl. Kreisarzt Dr. P. Gaehtgens).

I. Dr. H. Truhart giebt der Versammlung ein kurzes Referat der bisherigen Beschlüsse der livl. Aerztetage und der auf letzteren gewählten Specialcommissionen betreffend die Frage der Bekämpfung der Lues.

II. Dr. H. Truhart verliest das mittelst Schreiben der livl. Medicinalabtheilung vom 8. August dieses Jahres sub № 1885 ihm als Präses der «Gesellschaft livl. Aerzte» behufs Berathung auf dem Aerztetage übersandte Programm eines im November 1896 in St. Petersburg abzuhaltenden Congresses, welchem die Aufgabe gestellt werden soll, einen allgemeinen Plan für den Kampf gegen die Syphilis in ganz Russland auszuarbeiten.

Die Berathung und Discussion über diesen letzteren Punkt der Tagesordnung wird auf den Schluss der Sitzung verlegt, da die Versammlung zuvor von dem vorzulegenden Commissionsbericht bezüglich der Bekämpfung der Syphilis speciell in Livland Kenntniss zu nehmen und über denselben in Verhandlung zu treten wünscht.

III. Dr. H. Truhart verliest als Präses der auf dem VI. livl. Aerztetage gewählten «Commission zur Berathung über die behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland zu ergreifenden Massnahmen» folgendes Elaborat der Commission.

Commissionsbericht.

Die Commission bestand aus folgenden Gliedern: Dr. H. Truhart (Präses), W. v. Zoege-Manteuffel, R. Heerwagen, C. Ströhmberg und Sokolowsky, welch letzterer an die Stelle des auf dem Aerztetage gewählten, jedoch an der Theilnahme der Sitzung behinderten Dr. A. v. Bergmann getreten war.

Als Directive der Verhandlungen über den auszuarbeitenden Entwurf dienten der Commission folgende dem VI. livländischen Aerztetage unterbreitete und mit einzelnen Amendements nach stattgehabter Discussion angenommene Gesichtspunkte:

1) Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe.
2) Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter.
3) Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostitution.
4) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern.
5) Aerztliche Besichtigung aller, speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten.
6) Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten.
7) Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studenten-Vereine.
8) Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen.
9) Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitischer.
10) Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker.
11) Bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte.

Unter Berücksichtigung der auf dem VI. Aerztetage gestellten und von der Versammlung acceptirten Amendements, sowie unter Zugrundelegung der von Dr. Ch. Ströhmberg für die Commission zusammengestellten Gesetzesparagraphen gelangte letztere zu folgenden Beschlüssen:

Punkt 1 der Directive lautet: «Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe».

1. (ad p. 1.) Vaccination ist ausschliesslich mit animaler Lymphe vorzunehmen. Ausnahme sind nur unter Controlle seitens der competenten Aerzte zulässig.

conf. T. XIII. Уставъ медицинск. Полиціи vom Jahre 1892: § 764: «Den durch § 763 zum Impfen qualificirten Personen wird das Impfen gestattet, jedoch nicht anders als unter Aufsicht der Kreisärzte und nur mit Lymphe, welche sie von den letzteren erhalten».

Ibidem § 767 bestimmt die Controlle über die Impfer in den Städten seitens der Stadtärzte.

Punkt 2 der Directive: «Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter».

2. (ad p. 2.) Der Aerztetag geht an die Medicinalabtheilung mit dem Gesuch, Ammen ohne ärztliches Gesundheitszeugniss nicht anstellen lassen zu wollen; desgleichen dafür Sorge zu tragen, dass zur Ernährung syphilitischer Säuglinge keine oder nur syphilitische Ammen angestellt werden. Gleichzeitig wird den Aerzten die sanitäre Controlle der Ammen ans Herz gelegt mit dem Ersuchen event. Uebertretungen des § 739 (Уставъ медицинск. Полиціи) gesetzlich verfolgen zu lassen.

conf. T. XIII Уставъ мед. Полиціи § 739 vom Jahre 1892: «Frauen, die mit ansteckenden oder anderen schädlichen Krankheiten behaftet sind, ist es verboten als Ammen oder Kinderwärterinnen in den Dienst zu treten, indem sie ihre Krankheit verschweigen oder verheimlichen.»

Hierzu T. XV, Strafgesetzbuch § 855: «Die Zuwiderhandelnden werden mit Arrest oder Gefängniss bis zu 8 Monaten bestraft.»

Anmerkung: Durch ein Circulair des Medicinaldepartements vom 31. Januar 1856. Nr. 16 ist es Prostituirten, auch nachdem sie ihr Gewerbe aufgegeben haben, für immer verboten sich als Ammen zu verdingen.

3. (Commissionsantrag). Der livländische Aerztetag geht in Anbetracht der Erfahrung, dass durch den nach der Beschneidung hebräischer Kinder üblichen Act des Aussaugens nicht vereinzelt Infectionen mit Lues stattfinden, sowie im Anschluss an den § 733 des Врач. Уставъ an die Medicinalabtheilung mit dem Gesuche, Schritte zu thun, dass eine geregelte sanitäre Controlle der Rabbiner eingeführt werde.

conf. Св. Зак. T. XIII, Ausgabe 1892, § 733 des Врач. Уставъ: «Jeder, der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaftet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen anderen übertragen könnte».

Hierzu T. XV, Strafgesetzbuch § 103: «Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen Krankheit auf andere Personen, unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rbl.»

Punkt 3 der Directive: «Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostitution.»

4. (ad p. 3.) Die Commission ist der Ansicht, dass die bisher vorgesehenen Maassnahmen behufs sanitärer Controlle der Prostituirten im Allgemeinen als zweckmässig und genügend zu betrachten sind, sofern sie dem Sinn des Gesetzes entsprechend gehandhabt wird.

Punkt 4 der Directive: «Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern».

5. (ad p. 4.) Im Princip stimmt die Commission für die Internirung der Prostituirten auf mindestens 2 Jahre nach stattgehabter Infection. In Praxi glaubt sie jedoch von einer solchen Maassnahme Abstand nehmen zu müssen, einerseits weil die Durchführbarkeit zufolge der hierzu erforderlichen Geldmittel auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen dürfte, andererseits aber auch, weil die Erfahrung lehrt, dass die Prostituirte auf Einschränkung ihrer persönlichen Rechte stets und allenthalben in gefährlicher Weise reagirt, nämlich: durch Potenzirung ihres Bestrebens sich der sanitären Controlle überhaupt zu entziehen.

Anmerkung: Die Kreis-, Stadt- und übrigen in Frage kommenden Aerzte, haben dafür Sorge zu tragen, dass die einmal mit Lues inficirten Prostituirten nach der Infection mindestens 2 Jahr hindurch in antisyphilitischer Behandlung behalten werden. Hierbei ist die Aufmerksamkeit insbesondere auf die in den Städten praktisirenden, jedoch zu Landgemeinden angeschriebenen Prostituirten zu richten, da letztere erfahrungsgemäss nach einmaliger antiluetischer Behandlung im Stadthospital aus den Städten auf polizeilichem Wege ausgewiesen zu werden pflegen und alsdann nur zu oft zur Verbreitung der Lues unter der Landbevölkerung Veranlassung bieten. In diesen speciellen Fällen erscheint eine Reorganisation der sanitären Controlle der Prostituirten dringend geboten und zwar müsste nach Ansicht der Commission in jedem Einzelfalle gleichzeitig mit der Exmission der Prostituirten die be-

treffende Gemeindeverwaltung davon in Kenntniss gesetzt werden, dass jene mit Syphilis behaftet und andauernder sanitärer Controlle, resp. antiluetischer Behandlung im Laufe der folgenden Jahre zu unterwerfen sei.

Punkt 5 der Directive: «Besichtigung aller speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten».

6. (ad p. 5.) Die Commission constatirt, dass die Controlle von Arrestanten im Св. зак. genügend vorgesehen ist, woselbst (T. XIV) specielle Verordnungen in Betreff der kranken Arrestanten getroffen sind und die Anstellung von Gefängnissärzten angeordnet wird.

Punkt 6 der Directive: «Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten».

7. (ad p. 6.) Dasselbe gilt von der ärztlichen Controlle der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten».

Punkt 7 der Directive: «Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studentenvereine».

8. (ad p. 7) Die Commission ist der Ansicht, dass die sanitäre Controlle unter den Angehörigen der verschiedenen Genossenschaften behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis wesentlich zu verschärfen sei, speciell auf den Fabriken, sowie in den höheren Lehranstalten, deren Zöglinge, wie solches z. B. für Dorpat durch privatim erhobene statistische Enquêten wiederholt zahlenmässig nachgewiesen worden, in erschreckend hohem Procentsatz mit Syphilis behaftet sind.

Die Commission stellt daher den Antrag, der livländische Aerztetag wolle an die Medicinal-Abtheilung das Gesuch richten, die erforderlichen Schritte zu ergreifen, um die sanitäre Controlle der Fabrikarbeiter, wie speciell auch der Zöglinge der höheren Lehranstalten zu verschärfen, so unter Anderem

1) die den Verwaltungen grösserer Fabriketablissements gesetzlich (conf. Сборникъ циркуляровъ Мин. Внут. дѣлъ citirt nach Бойно § 502) auferlegten sanitären Verpflichtungen auch auf die Verwaltungen der kleineren Fabriken auszudehnen und

2) dahin zu wirken, dass die Zöglinge der höheren Lehranstalten und zwar des Polytechnicums in Riga, sowie der Universität Jurjew verpflichtet würden, sowohl bei ihrer Immatriculation, wie zu Anfang jedes Studiensemesters ein ärztliches Zeugniss darüber einzureichen, ob sie mit Syphilis behaftet sind oder nicht.

Punkt 8 der Directive: «Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen».

9. (ad p. 8.) Die Commission hält es für zweckentsprechend, da diese Frage bislang von Seiten der Staatsregierung für's ganze Reich gesetzlich noch nicht geregelt ist, zunächst auf privatem Wege durch die betreffenden Verwaltungsorgane unter Heranziehung des § 733 des Сводъ законовъ T. XIII Ausgabe 1892 und des § 103 des Strafgesetzbuches T. XV die Regelung derselben für Livland anzubahnen. Der Präses der Commission wird betraut die erforderlichen Schritte zu ergreifen, unter Anderem auch mit der Ende August dieses Jahres in Wolmar tagenden Livländischen Provinzialsynode in diesbezügliche Beziehungen zu treten.

Anmerkung: Der Artikel 733 d. Св. Закон. T. XIII lautet: Jeder, der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaftet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen anderen übertragen könnte.

Der Art. des Strafgesetzbuches T. XV. folgendermaassen: Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen ansteckenden Krankheit unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rubel.

Punkt 9 der Directive: «Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitiker».

10. (ad p. 9.) Die stationäre Behandlung ist der ambulatorischen nach Ansicht der Commission bedingungslos vorzuziehen und soll in der Praxis von jedem Arzte jedem syphilitischen Patienten dringend angerathen, eventuell durch unentgeltliche Behandlung erleichtert werden.

Punkt 10 der Directive: «Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker».

11. (ad p. 10.) Die unentgeltliche Hospitalbehandlung der Syphilitiker, welche für die Unbemittelten durch den Указъ Правительственнаго Сената 1868 года sub Nr. 13197 angeordnet worden, ist auf breitester Basis auch für weitere Kreise anzustreben und zwar auf dem Lande durch allendliche Realisirung der von dem livländischen ordentlichen Landtage im Jahre 1893 beschlossenen und obrigkeitlich bestätigten Sanitätsreform für Livland (conf. Protocoll des V. livländ. Aerztetages Seite 9—13), sowie in den grösseren Centren der Provinz, wie Riga und Jurjew, durch Neugründung von speciellen Syphilishospitälern, resp. Special-Kliniken für Syphilis und Hautkrankheiten.

Zu diesem Zweck hätte der Aerztetag der Medicinal-Abtheilung ein dringendes diesbezügliches Gesuch einzureichen.

Punkt 11 der Directive: «Bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte».

12. (ad p. 11.) Die Commission erkennt eine bindende Instruction für die mit der Untersuchung Prostituirter betrauten Aerzte als nothwendiges Erforderniss an und stimmt dem vom VI. Aerztetage acceptirten diesbezüglichen Entwurf bei.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Nicht nur den Specialisten, sondern allen praktischen Aerzten wird die Nachricht hochwillkommen sein, dass vom April dieses Jahres an im Verlag der Dürr'schen Buchhandlung in Leipzig ein von Dr. Eugen Grätzer redigirtes Centralbtatt für Kinderheilkunde erscheinen wird. Es soll in monatlichen Heften von 2—2½ Bogen erscheinen. Der Abonnementspreis von 6 Mark jährlich (für das laufenden Jahr, da nur 9 Hefte erscheinen können, 4 M. 50) ist erstaunlich billig. Durch die neue Zeitschrift wird eine wesentliche Lücke in der deutschen Journalliteratur ausgefüllt.

— Mittelst Allerhöchst am 15. December v. J. bestätigten Beschlusses des Minister-Comités ist die Genehmigung erfolgt, der von den evangelischen Gemeinden in St. Petersburg auf den Allerhöchsten Namen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna im November eröffneten Entbindungsanstalt die Benennung «Alexandra-Asyl für Frauen» beizulegen.

— Am 21. Januar veranstaltete die Kronstädtische Gesellschaft der Marineärzte eine Festsitzung zu Ehren ihres Präsidenten, des Oberarztes des Kronstädtischen Marinehospitals, Geheimraths Dr. Michael Akinfiew, welcher, wie wir bereits mitgetheilt haben, nach langjährigem Dienste in den Ruhestand getreten ist. Die Gesellschaft brachte ihm das Ehrenmitgliedsdiplom mit einer Adresse in einem reichverzierten Futteral dar. Von der St. Petersburger Gesellschaft der Marineärzte ist A. ebenfalls zum Ehrenmitgliede gewählt worden. Die örtliche Abtheilung des «Rothen Kreuzes» überreichte ihm eine Adresse, ebenso die Kronstädtische Feldscheerschule, welche ihm gleichzeitig zum Andenken an seine 12-jährige Thätigkeit als Inspector dieser Schule ein kostbares Album darbrachte. Die Feier schloss mit einem Diner zu Ehren Dr. Akinfiews.

— Die neugegründete therapeutische Gesellschaft in Moskau hat den Professor der dortigen therapeutischen Hospitalklinik Dr. A. Ostroumow zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Ernannt: Der Divisionsarzt der 39. Inf.-Division, wirkl. Staatsrath Dr. Minkewitsch, — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Amurgebiets.

— Verstorben: 1) Der frühere Ordinator des Lazarushospitals in Warschau, Dr. Carl Kaczkowski, im 69. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1849—53 studirte, hatte in der letzten Zeit seine ärztliche Praxis aufgegeben und sich ganz der Landwirthschaft gewidmet. 2) In Bialystok der dortige practische Arzt Dr. Ludwig Trilling im Alter von 55 Jahren. Seine ärztliche Thätigkeit begann der Verstorbene im Jahre 1863 und mehr als 30 Jahre hat er das örtliche jüdische Krankenhaus geleitet. 3) In Jelisawetpol der ehemalige Privatdocent für vergleichende Anatomie und Histologie an der Odessaer Universität, Dr. Michael Schulgin im 44. Lebensjahre. Der Verstorbene war Dr. med. der Heidelberger Universität und russischer Mag. der Zoologie. Seine Hauptarbeiten betreffen das Nervensystem der Wirbelthiere. 4) In Klausenburg der Professor der Hygiene Dr. Aladar Rozsahegyi im 41. Lebensjahre. 5) In Paris der Begründer und Chefredacteur des Journals «Bulletin medical», Dr. Prengrueber.

— Dem berühmten Wiener Kliniker Prof. Dr. Benedikt sind anlässlich seines 40-jährigen Schriftstellerjubiläums am 2. Febr. n. St. zahlreiche Sympathiekundgebungen von nah' und fern zu Theil geworden. Im Namen des internationalen Festcomités feierte Prof. v. Basch (Wien) den Jubilar, dessen schriftstellerische Leistungen, wie Redner hervorhob, stets sich der Anerkennung des In- und Auslandes erfreut haben. (A. m. C. Ztg.)

— Die diesjährige Regierungs-Commission für die Arztprüfungen bei der militär-medicinischen Academie ist folgender-

massen zusammengesetzt: Präses Prof. Sklifossowski; Glieder: die Prof. Iwanowski, Tarenezki, Anrep und die DDr. Alyschewski und A. A. Trojanow.

— Zu dem in diesem Jahre in St. Petersburg stattfindenden Congresse behufs Berathung von Massregeln zur Bekämpfung der Syphilis wird auf Anordnung des Ministeriums des Innern aus jedem Gouvernement ein Arzt abdelegirt werden.

— Am 28. Januar fand auf der hiesigen Apothekerinsel im Gebäude des Krons-Apotheker-Magazins die Eröffnung der Abtheilung zur Anfertigung von Verbandmitteln (aseptische Binden, Marly, Watte und drgl. mehr) für die Militärheilanstalten und Truppentheile statt. Mit der Leitung dieser Abtheilung sind Dr. Giltschenko und der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Raptschewski betraut worden.

— Die Bibliothek des verstorbenen früheren Dorpater Docenten und späteren Professors der Pharmacologie in Kasan, Dr. Valerian Podwyssotzki, ist dem Laboratorium der allgemeinen Pathologie der Kiewer Universität, welches bekanntlich von dem Sohne des Verstorbenen geleitet wird, geschenkt worden. Die Bibliothek besteht aus 2322 Werken.

— Ein reicher Moskauer Wohlthäter, dessen Name nicht genannt ist, hat, den «Nowosti Dnja» zufolge, dem Moskauer Kliniker Prof. A. Ostroumow 400,000 Rbl. zur Errichtung eines Instituts für innere Krankheiten in Moskau zur Verfügung gestellt.

— Der XI. deutschen Congress für innere Medicin findet in diesem Jahre vom 8—11. April zu Wiesbaden unter dem Vorsitz von Prof. Bäumler (Freiburg) statt. Auf der Tagesordnung stehen Verhandlungen «Ueber den Werth der arzneilichen Antipyretica» (Referenten: die Prof. Binz — Bonn und Kast — Breslau) und «Ueber die therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate» (Referenten: Prof. Bruns-Tübingen und Ewald-Berlin.) Ausserdem sind bereits zahlreiche Vorträge angemeldet von den Proff. Gerhard (Berlin), Eulenburg (Berlin), Benedikt (Wien), Quincke (Kiel) und a. m. Mit dem Congress ist eine Ausstellung von neueren ärztl. Apparaten, Instrumenten Präparaten etc. verbunden. Anmeldungen geschehen bei dem ständigen Secretär des Congresses, Dr. Emil Pfeiffer in Wiesbaden.

— Choleraepidemie in Russland. In der Stadt St. Petersburg erkrankten an der Cholera vom 26. Januar bis zum 2. Februar nur 1 Person und starben 2, so dass der Bestand der Cholerakranken in den Hospitälern am 2. Februar nur 3 Personen betrug. In Anbetracht des völligen Erlöschens der Cholera im Gouvernement Wolhynien seit dem 12. December vorigen Jahres und im Gouvernement Kiew seit dem 9. Januar d. J. sind die genannten Gouvernements auf Verfügung des Ministers des Innern für cholerafrei erklärt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Februar d. J. 8415 (10 mehr als in d. Vorw.), darunter 1857 Typhus — (73 mehr), 687 Syphilis — (61 wenig.), 169 Scharlach — (5 mehr), 60 Diphtherie — (3 mehr), 143 Masern — (8 wenig.), und 39 Pockenkranke — (7 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. Januar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
404	300	704	130	53	134	16	11	21	76	85	49	40	50	28	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 32, Febris recurrens 13, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 5, Masern 35, Scharlach 25, Diphtherie 13, Croup 6, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 6, Cholera nostras 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 62, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 34.

Für die Woche vom 28. Januar bis 3. Februar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
374	340	714	147	61	127	16	15	28	77	54	67	51	38	27	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 37, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 33, Scharlach 15, Diphtherie 15, Croup 4, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 8, Cholera nostras 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 28.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Schwester Elise Tennison, Николаевска- ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 10 Февраля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, 17. (29.) Februar **1896**

Zur Bekämpfung der Lues.

Grundriss eines Planes zum Kampfe gegen die Weiterverbreitung der Syphilis entworfen im Auftrage der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Grundlage des vom Medicinaldepartement des Reichs festgestellten Programmes für den Allerhöchst bestätigten im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congress zur Bekämpfung der Syphilis in Russland.

Schon seit dem Jahre 1891 hat die Gesellschaft livländischer Aerzte sowohl auf ihren alljährlich wiederkehrenden Aerztetagen, wie in einzelnen auf letzteren ad hoc gewählten Special-Commissionen sich eingehend mit der Frage des Kampfes gegen die Weiterverbreitung der Syphilis und der zu diesem Zwecke für Livland zu ergreifenden Maassnahmen beschäftigt. Auf dem im September vorigen Jahres (1895) in Wenden abgehaltenen Aerztetage gelangte die Luesfrage zur Schlussberathung, die Arbeiten der betreffenden Commissionen zur definitiven Abstimmung und sollte alsdann der gesammte Entwurf, miteinbegriffen die einzelnen administrativen und legislativen, zu wirksamem Kampf gegen die Syphilis erforderlichen Reformvorschläge der Livländischen Medicinalverwaltung unterbreitet werden.

Es war gleichzeitig jedoch an den VII. Aerztetag ein Schreiben der Medicinal-Abtheilung vom 8. August 1895 sub Nr. 1885 eingelaufen, in welchem der Gesellschaft livländischer Aerzte die Mittheilung gemacht wurde, dass im November des Jahres 1896 in Petersburg ein schon Allerhöchst bestätigter Congress in Aussicht genommen sei, welchem die Aufgabe obliegen solle, über Maassnahmen zu berathen, welche geeignet wären, der Weiterverbreitung der Syphilis in Russland Einhalt zu thun. Diesem Schreiben war ein Programm des Medicinal-Departements betreffend die in dem Kampfe gegen die Syphilis und die venerischen Krankheiten auf dem Congress etwa in's Auge zu fassenden Berathungsgegenstände beigefügt und der livländische Aerztetag ersucht, sich über seine Stellungnahme zu letzterem zu äussern.

In Anbetracht dieses Umstandes beschloss die Aerzteversammlung von der Einreichung ihres speciell für das Livländische Gouvernement (mit Ausnahme der Stadt Riga) auszuarbeitenden Entwurfs als solchem Abstand zu nehmen und betraute eine aus ihrer Mitte gewählte Commission bestehend aus den DDr. Docenten W. v. Zoege-Manteuffel, Chr. Ströhmberg, und Truhart mit der Aufgabe, im Namen und im Auftrage der Gesellschaft livländischer Aerzte das vom Medicinaldepartement übersandte Programm zu verarbeiten und die auf den livländischen Aerztetagen bisher in der Syphilisfrage gefassten Beschlüsse dem einzureichenden Entwurfe zu Grunde zu legen.

Eine gleichlautende Aufforderung war von Seiten der Medicinal-Abtheilung an die «Dorpater medicinische Gesellschaft» ergangen, welcher letztere Erfüllung gab, indem sie dieselben oben namhaft gemachten, schon von dem livländischen Aerztetage erwählten Aerzte mit dem Commissum betraute, bei Beleuchtung des Kampfes gegen die Syphilis in ihrem Namen speciell die Verhältnisse in der Universitätsstadt Jurjew in Berücksichtigung zu ziehen.

Die Commission ist nach Möglichkeit bestrebt gewesen, dieser doppelten Aufgabe gerecht zu werden und beehrt sich in Nachstehendem zu Anfang Januar dieses Jahres der Livländischen Medicinal-Verwaltung zur Weiterbeförderung eingereichtes Elaborat den Herren Collegen hiermit zur Kenntniss zu bringen.

Punct I. des Programms.

Die Syphilis unter der Landbevölkerung Livlands.

1) «Die Zahl der Syphilitiker und der venerischen Kranken im Laufe der letzten 5 Jahre (von 1889 bis 1893 incl.) in Gouvernements, Kreisen, in grossen Ortschaften, wie auch in alleinstehenden Dörfern, welche irgend welche Besonderheiten bezüglich der Verbreitung der Syphilis aufweisen.»

Da nachträglich die Erhebung einer Syphilisstatistik für die letzten 5 Jahre nach dem Schema, welches dem

Programm des Medicinaldepartements beigefügt ist, nicht möglich ist, so erscheint es zweckmässig, als Ersatz auf die Resultate der Syphilisenquête pro 1892 u. 1893, welche von Dr. Truhart auf dem VI. livländischen Aerztetage vorgelegt wurde, hinzuweisen. — Siehe Protocolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar 5. bis 7. September 1894.

Der Vortrag nebst den statistischen Tabellen ist in der «St. Petersburger Medicin. Wochenschr.» Nr. 11, 1895 zum Druck gelangt.

Die Resultate dieser privaten Enquête stimmen im wesentlichen mit den officiellen Daten überein. Ueber die übrigen venerischen Krankheiten stehen ausser den der Medicinal-Abtheilung eingesandten Daten keine zu Gebote. In Livland giebt es keine Dörfer, die irgend welche Besonderheiten in Bezug auf den Grad der Verbreitung der Syphilis oder venerischer Krankheiten darbieten.

2) «Die Quellen, die Wege, die Art und Weise der Verbreitung der Syphilis und der venerischen Krankheiten».

Unter der Landbevölkerung Livlands prävalirt die Verbreitung der Syphilis auf sexuellem Wege, wenngleich gar nicht selten auch Infectionen auf nicht sexuellem Wege vorkommen.

Die geschlechtliche Syphilisinfection wird begünstigt durch gewisse Eigenthümlichkeiten in der Lebensweise der Landbevölkerung. Im Sommer leben in vielen Bauergesinden die Mägde oder erwachsenen Töchter anstatt in der dumpfen Bauernstube in Scheunen, Kleeten, auf Heuböden etc., wo sie des Nachts Besuch junger Leute aus der Nachbarschaft empfangen. Das Zusammenschlafen mit den jungen Leuten in denselben Räumen ist Dank der vorurtheilsfreien Anschauung der unverheiratheten lettischen und erst recht estnischen Mägde ganz üblich, namentlich am Sonnabend und vor grossen Feiertagen, zur Zeit der Heumahd und der Ernten. Im Vergleich zu der allgemeinen Verbreitung der geschilderten Gewohnheiten ist die Infection mit Syphilis verhältnissmässig selten. Sie kommt vorherrschend dadurch zu Stande, dass nicht selten aus der Stadt abgeschobene Prostituirte in die Zahl der Mägde gerathen, bei denen es dann nicht beim einfachen Zusammenschlafen bleibt, sondern zum geschlechtlichen Verkehr kommt.

Eine nicht geringe Anzahl städtischer Prostituirter verdingt sich ausserdem zur Sommerarbeit auf dem Lande. — Gar nicht selten wird dann auch die Syphilis durch männliche Dorfbewohner eingeschleppt welche sich in den Städten zur Zeit der Bauermärkte, der Recrutirung etc. namentlich oft in den Bierbuden inficiren.

Dann giebt es wohl auch noch allerdings in seltenen Fällen Dorfprostituirte, die in einzelnen Krügen ihr Gewerbe betreiben.

Die auf diese Weise eingeschleppte Syphilis verbreitet sich Dank den engen Wohnungsverhältnissen der Bauern und bäuerlichen Knechte und Arbeiter auf den Gütern und in kleinen Fabriken in seltenen Fällen auf aussergeschlechtlichem Wege in die Familie. Dass solches verhältnissmässig selten geschieht, ist bedingt durch die bei der Landbevölkerung ziemlich allgemein verbreitete Furcht vor der Syphilis und in letzter Zeit dadurch, dass die Erkrankten unentgeltliche Hospitalbehandlung finden und daher nicht lange in der Familie bleiben.

Andere Arten der Verbreitung der Syphilis unter der Landbevölkerung sind der Commission nicht bekannt, wie z. B. durch Ammen, Impfung etc. Sie mögen immerhin in äussersten Ausnahmefällen zur Verbreitung der Syphilis beigetragen haben.

3) «Daten über die Zeit der Einschleppung der Syphilis in gewisse Ortschaften und besondere Bedingungen, welche eine Steigerung der Erkrankung bedingten».

Unter der Landbevölkerung des Gouvernements Livland kann man nicht von einer endemischen Verbreitung der Syphilis an besonderen Ortschaften reden; mithin auch nicht den historischen Zeitpunkt des Erscheinens der Syphilis feststellen.

Was das zeitweilige Exacerbiren der Infectionen mit Syphilis anbetrifft, so ist im Punkt 2 bereits der Erntezeiten und der Heumahd Erwähnung gethan.

4) «Die Registration und die Maassregeln zur Entdeckung der Syphilitiker».

Seitdem die an der Syphilis erkrankten Glieder der Landgemeinden Livlands unentgeltlich, d. h. auf Kosten der Landescasse, behandelt werden, wird das Bestehen der Syphilis in den Dörfern häufiger als bisher dadurch erkannt, dass die Erkrankten freiwillig sich in den Krankenhäusern zur Aufnahme melden.

Ausserdem stellen die estnischen und die lettischen Bauern, die zum grossen Theile immer noch so eng und unsauber leben, dass beim Erscheinen eines Syphilitischen in der Familie sehr leicht Ansteckungen auf aussergeschlechtlichem Wege zu Stande kommen, in voller Erkenntniss der Bedeutung einer solchen Calamität, mit grossem Eifer durch die Gemeindeverwaltungen die Syphilitiker und die der Syphilis Verdächtigen sowohl den Kreisärzten, als auch anderen auf dem Lande und in der Stadt lebenden Aerzten zur Besichtigung vor. Von den Kreisärzten werden die als krank befundenen Gemeindeglieder obligatorisch zur unentgeltlichen Behandlung in die Krankenhäuser dirigirt, wo im Aufnahmejournal die Kranken mit genauer Angabe der Personalien und der Hingehörigkeit eingetragen werden. Die anderen Aerzte dirigiren die Kranken nicht immer in die Krankenhäuser, sondern unterziehen sie bisweilen der ambulatorischen Behandlung, wobei die Personalien vielleicht im Privatjournal notirt werden und die Medicinalbehörde in den Monats-, Tertial- und Jahresverschlägen nur Zahlenangaben über die Behandelten erhält.

Eine medicinalpolizeiliche Aufsicht besteht nur in einigen grösseren Fabriken. Die kleinen Fabriken, Jahrmärkte etc. entbehren einer derartigen sanitären Controle.

5) «Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis und die Organisation derselben».

Dank dem Verständniss für die Gefahr der Syphilis und der Furcht vor Ansteckung organisiren sich, wie aus dem vorhergehenden Abschnitte ersichtlich ist, die Vorsichtsmaassregeln, so zu sagen, von selbst in der Weise, dass die Bauerwirthe und die Gemeindeverwaltungen ohne Rücksicht jeden der Syphilis verdächtigen Bauer zur ärztlichen Besichtigung vorstellen. Die solchergestalt krank Befundenen werden in die Krankenhäuser zur unentgeltlichen Behandlung auf Kosten der Landescasse aufgenommen.

Aus den Krankenhäusern werden sie nach dem Schwunde der manifesten Erscheinungen entlassen. Im Dorpater Hospital wird der Modus gehandhabt, dass Jedem, der an Syphilis im condylomatösen Stadium behandelt wurde, bei der Entlassung aus dem Hospitale die Weisung ertheilt wird, sich nach 1 bis 2 Monaten wieder zur Besichtigung vorzustellen, und dass bezüglich derjenigen, welche durch die Polizei zur Behandlung eingeschickt wurden, diese letztere davon avisirt wird, dass die Entlassenen nach einer vom Krankenhause bestimmten Frist zur Besichtigung vorstellig zu machen sind. Die Recidive werden dann wieder bis zum Schwinden der Symptome im Krankenhause behandelt.

Die ambulatorische und nicht kostenfreie Behandlung ländischer Syphilitiker seitens freiprakticirender Aerzte

und seitens Kurpfuscher kommt leider immer noch nicht selten vor und hat mitunter, abgesehen von unerschwinglichen Unkosten seitens der Erkrankten, zu vielfachen geschlechtlichen und aussergeschlechtlichen Infectionen geführt.

So inficirten sich z. B. im Jahre 1890 auf dem Gute Lunia im Dörptschen Kreise etwa 30 Männer, Weiber und Kinder, welche in einem Knechthause wohnten, auf aussergeschlechtlichem Wege durch einen Knecht, welcher ambulatorisch behandelt wurde.

Die Errichtung fliegender Colonnen zur Behandlung Syphilitischer auf dem Lande ist in neuerer Zeit in Livland nicht nothwendig gewesen.

6) «Erwägungen über die Mängel der gegenwärtig im Kampfe mit den venerischen Krankheiten und der Syphilis gehandhabten Maassregeln und über Maassregeln, welche entsprechend den örtlichen Verhältnissen erforderlich wären».

A. Die Mängel der bestehenden Maassregeln.

a) Die gonorrhoischen Erkrankungen werden im Vergleich zu den syphilitischen zu wenig beachtet.

b) Es fehlt die zur Controle während des Recidivstadiums der Syphilis erforderliche namentliche Registration der landischen Syphilitiker.

c) Eine polizeilich medicinische Controle der kleinen Fabriken und Etablissements wird nicht gehandhabt.

d) Die Anwesenheit von geheimen und offenkundigen Prostituirten in Bierbuden und dergl. an solchen Orten, wo Bauermärkte stattfinden, wird nicht verhindert, obgleich gerade an diesen Orten die unter dem Einflusse alcoholischer Getränke stehenden Landleute allzu leicht und oft inficirt werden.

e) Die Entlassung der Syphilitiker aus den Krankenhäusern nach dem Schwinden der manifesten Erscheinungen, ohne dass Maassregeln ergriffen werden, dass sie während der Dauer des condylomatösen Stadiums von Zeit zu Zeit zur Besichtigung erscheinen.

f) Prostituirte werden oft in ihre Gemeinden abgefertigt, ohne dass die Gemeindeverwaltungen davon benachrichtigt werden, dass sie sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden und daher von Zeit zu Zeit einer ärztlichen Besichtigung zu unterziehen sind.

g) Die ambulatorische Behandlung solcher Syphilitiker welche unter für ihre Mitwohner gefährlichen Verhältnissen leben, kommt leider immer noch zu oft vor und begünstigt die Verbreitung der Syphilis auf nichtgeschlechtlichem Wege.

h) Die Syphilitiker werden oft von Kurpfuschern behandelt.

i) Es ist Mangel an Krankenbetten für Syphilitische, namentlich auf dem flachen Lande vorhanden

k) Viele Aerzte sind mit den nicht ganz deutlich ausgesprochenen Symptomen der recenten Syphilis nicht genügend bekannt.

B. Maassregeln, welche den örtlichen Verhältnissen entsprechend, erforderlich sind.

Allgemeine Gesichtspunkte.

Alle Maassregeln, welche im Kampfe gegen die Syphilis ergriffen werden, müssen zu erreichen suchen, dass jeder Erkrankte freiwillig und gern die Hospitalbehandlung suche und unentgeltliche Behandlung in den Hospitälern finde.

Die Registrirung der Syphilitischen und Venerischen muss sich nach dem Kartensystem in den Krankenhäusern concentriren behufs Ermöglichung einer Controle der im Recidivstadium Befindlichen.

Die Gonorrhoiker müssen registrirt und unentgeltlich behandelt werden wie die Syphilitiker.

Alle Maassregeln gegen die Syphilis haben mit der wissenschaftlich festgestellten und durch vielfache Thatsachen bewiesenen Erfahrung zu rechnen, dass ein Syphilitiker im condylomatösen Stadium (im Verlaufe dreier Jahre nach erfolgter Infection) infectiös sein kann ohne dass an seinem Körper mit den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden erkennbare Zeichen vorhanden sind und mit der Hypothese, dass aller Wahrscheinlichkeit nach eine von Zeit zu Zeit wiederholte methodische Quecksilbercur die Infectiosität des Kranken vermindern oder gar aufheben kann.

Hieraus würde sich logischer Weise die Nothwendigkeit ergeben, den frischen Syphilitiker auf Staatskosten auf 3 Jahre im Krankenhause zu interniren.

Da aber Solches unausführbar ist, so hat man auf eine Ausrottung der Syphilis zu verzichten und muss bekennen, dass man höchstens nur im Stande sein kann die Verbreitung der Krankheit mehr oder weniger einzuschränken.

Auf Grund dieser allgemeinen Principien wären folgende specielle Maassregeln zu ergreifen.

Specielle Maassregeln.

a) Die Aerzte müssen den Krankenhäusern, in deren Rayon sie das Gebiet ihrer Praxis haben, namentliche Karten über die in ihrer Behandlung befindlichen syphilitischen und venerischen Dorfbewohner zustellen und gleichzeitig die letzteren überreden behufs unentgeltlicher Behandlung in die Krankenhäuser einzutreten.

In dieser Weise würde auch am genauesten die für die Syphilitischen erforderliche Bettenzahl festgestellt werden können.

b) Die Krankenhäuser sind zu verpflichten genaue namentliche Listen der Syphilitischen und venerischen Kranken zu führen.

c) Allen freiwillig in die Krankenhäuser zur Behandlung eingetretenen Syphilitikern des condylomatösen Stadiums ist bei der Entlassung die Weisung zu ertheilen, dass sie binnen 2 Monaten zur Besichtigung zu erscheinen haben mit dem Bemerken, dass im Falle der Nichtbefolgung dieses Rathes sie polizeilich requirirt werden können.

d) Bei der Entlassung von Syphilitikern, welche den Krankenhäusern durch die Gemeindeverwaltungen oder die Polizei zugestellt worden sind, sind diese von der Nothwendigkeit zu benachrichtigen, dass die Entlassenen binnen 2 Monaten zur ärztlichen Untersuchung vorstellig zu machen sind.

e) Im Falle eines Recidives sind diese Kranken aufs Neue der unentgeltlichen stationären Behandlung zu unterziehen und nur in den Ausnahmefällen ambulatorisch zu behandeln, in welchen mit Sicherheit die Gefahrlosigkeit der häuslichen Verhältnisse bezüglich der Infection Anderer festgestellt ist.

Die unentgeltliche Behandlung syphilitischer Dorfbewohner muss obligatorisch sein.

g) Die Bequemlichkeit der Behandlung muss gewährleistet sein durch Kirchspielshospitäler auf dem flachen Lande.

h) Die ambulatorische Behandlung syphilitischer Dorfbewohner durch Privatärzte ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn der Charakter des Kranken und die häuslichen Verhältnisse die Infectionsgefahr für Andere ausschliessen.

i) Die Behandlung der Syphilitischen durch Feldscher und Kurpfuscher ist in Livland, wo es an Aerzten nicht mangelt, strenger als bisher zu verfolgen und unbedingt zu verbieten.

k) Von den Aerzten ist eine genaue Bekanntschaft der Syphilis in allen ihren Formen und versteckten Erscheinungen zu fordern.

l) Bei Abfertigung von Prostituirten, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, in ihre Heimathgemeinde muss die Polizei verpflichtet sein, die Gemeindeverwaltungen davon zu benachrichtigen, dass

diese Personen in gewissen Zeiträumen behufs ärztlicher Untersuchung in die Krankenhäuser vorstellig zu machen sind.

m) Die Anwesenheit von geheimen und offenkundigen Prostituirten in den Getränkeanstalten ist auf's Strengste zu verhindern, namentlich an Markttagen und zur Zeit der Bauermärkte.

n) Die kleinen Fabriken und Etablissements sind derselben polizeiärztlichen Controle zu unterwerfen, wie die grossen. Zur Verhinderung seltenerer, dennoch hin und wieder vorkommender Verbreitungswege der Syphilis unter der Landbevölkerung Livlands wäre es zweckmässig noch folgende Maassregeln durchzusetzen.

o) Die Forderung von ärztlichen Zeugnisssen über Nichtvorhandensein der Syphilis im condylomatösen Stadium bei Eheschliessungen.

p) Schutzpockenimpfung ausschliesslich mit animaler Lymphe.

(Fortsetzung folgt).

Kleinere Mittheilungn und therapeutische Notizen.

— Syphilitische Hysterie. Fournier stellte am 12. Dec. 1895 in der Pariser Gesellschaft der Syphilidologen einen Kranken vor, welcher seit mehreren Jahren syphilitisch und der neuerdings eine Reihe von epileptischen Anfällen gehabt hat. Letztere wurden durch Calomelinjectionen prompt beseitigt. Im November trat eine linkseitige Parese mit vollständiger sensitiv-sensorieller Hemianaesthesie hinzu. Der Kranke besitzt weder persönliche noch familiäre Antecedentien und ist nur sehr mässiger Trinker. Die Hauptrolle in der Entstehung dieser Hysterie kommt also sicher der Syphilis zu.

(Semaine médicale.)

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

600. Sitzung am 23. Januar 1896.
Vorsitzender: Herr Moritz; Secretair: W. Beckmann.

1. Herr Anders spricht über den modernen Standpunkt zur Pathologie und Therapie des Genu valgum und demonstrirt 3 Patienten, von denen 2 nach Macewen osteotomirt wurden, einer unblutig behandelt war.

Seit den Arbeiten von Mikulicz (1879) ist die bis dahin fast allein geltende Anschauung Hüters, nach welcher es sich beim Genu valgum um ungleiche Belastung in der Wachsthumsperiode, Vertiefung der Hemmungsfacetten, und Wachsthumhemmung handelt vollständig verdrängt worden. — Die Untersuchungen Mikulicz sind massgebend geworden, nach welchen das Genu valgum eine Verkrümmung des unteren Endes der Diaphyse des Femur und der Tibia ist. Hinzu kommt ungleiches Wachsthum an den Epiphysengrenzen. Die Epiphyse ist nicht wesentlich betheiligt. — Ausgehend von der Directionslinie und die statischen Verhältnisse besprechend weist A. weiter auf Untersuchungen von Mikulicz hin, nach welchen die Diaphyse des Femur in ihrem unteren Drittel stets abnorm nach aussen gekrümmt ist. Sie erscheint gegen die Epiphysenfuge an der innern Seite verlängert, und an der äusseren verkürzt. — Die sonst unveränderte Epiphyse erscheint schief an die Diaphyse angesetzt.

Nach Referat der Macewen'schen Ergänzungen der Mikulicz'schen Theorie bespricht A. die Umgestaltungen der Structurverhältnisse im Sinn der Wolff'schen Transformationslehre. — Anknüpfend an die infantile und adolescente Form weist A. auf die Prädisposition des Kniegelenkes zum Genu valgum durch die physiologischen Verhältnisse hin.

Es ist keinem Zweifel unterliegend dass die Initialstadien des Genu valgum einer Behandlung unterliegen sollen. A. stimmt den sehr interessanten Beobachtungen Veit's nicht bedingslos bei, nach welchen frühe Stadien, auch etwas spätere, rhachitischer Verkrümmung bei genügendem Knochenwachsthum sich spontan zurückbilden. — Auch in solchen Fällen konnte A. bisweilen successive Verschlimmerungen constatiren. — Die zahllosen orthopädischen Redressionsapparate übergehend erwähnt Referent folgende Verfahren, die als massgebend in Frage kommen können: der supracondylären Osteotomie nach Macewen, der Keilosteotomie der Tibia (Mayer Schede) unter Hinzuziehung der Schede'schen Osteotomie der Fibula, unter den unblutigen Verfahren des Wolff'schen Etappenverbandes. — De Frage wann blutig, und wann unblutig zu verfahren wäre, beantwortet A. gestützt auf seine Erfahrungen in folgender Weise: Niedere Stadien bei jungen Kindern sind, bei gutem Knochenwachsthum conservativ zu behandeln. — Nähert sich der Abweichungswinkel des Unterschenkels 15° etwa, so ist ein Eingreifen unerlässlich. In Fällen von höheren Graden kann bei kleinen Kindern blutig oder unblutig eingegriffen werden. — Der blutige Weg führt rascher und sicherer zum Ziel. — Niedere Grade bei grösseren Kindern, deren Abweichung unter 15° sind der unblutigen Behandlung zugänglich. — Höhere Grade bei grösseren Kindern sollen stets der Operation unterliegen. — Es ist unchirurgisch gedacht sie dem langstiligen unblutigen Verfahren, mit sehr lang fortgesetzter Nachbehandlung zu unterwerfen. Unvermeidlich ist ein zu starkes Engagement des Kniegelenkes, auch wenn der modellirende Osteoclast von Lorenz in Anwendung komme. — Immer wird die Festigkeit des Kniegelenkes gefährdet. — Welches Verfahren auch eingeschlagen wird, immer handelt es sich darum, die Extremität so rasch als möglich nach Umgestaltung der anomalen statischen Verhältnisse der Funktion wiederzugeben, damit die Transformationskraft in ihr Recht treten könne. — Dieses wird auf dem blutigen Wege, bei vollständiger Schonung des Gelenkes unverhältnissmässig rascher erreicht.

A. demonstrirt zunächst 2 Kinder von 5 Jahren, mit unilateralem Genu valgum, welche denselben Abweichungswinkel von26° zeigen und vollkommene Analoga bilden. Das eine Kind ist nach Macewen osteotomirt, das andere Kind zur selben Zeit unblutig mit Wolff'schen Etappen behandelt. Beginn der unblutigen Behandlung und Operation fanden vor 17 Tagen statt. — Bei beiden Kindern steht die Extremität in vollst. normaler Directionslinie und ist das Genu valgum vollständig geschwunden. Das unblutig behandelte Kind ist in einem mit Scharniren versehenen Gipsleimverbande. — A. demonstrirt gleichzeitig die Gipsmodelle vor und nach dem therapeutischen Eingreifen. — Unverhältnissmässig rascher ist das osteotomirte Kind von jeder Nachbehandlung befreit. — Der dritte Fall betrifft die adolescente Form, und zwar einen Jungen von 13 Jahren, der mit hochgradigem Genu valgum beiderseits (Abweichungswinkel rechts 32°, links 27°) behaftet war und von A. im Oktober 1895 osteotomirt wurde. — Die Valgusstellung ist beiderseits bis zu den letzten Spuren ausgeglichen. — Pat. geht, läuft und springt mit vollständig geraden Extremitäten. — Demonstration der Gipsmodelle vor und nach der Operation. — Der demonstrirte Fall ist charakteristisch für die absolute Indication zum blutigen Eingreifen.

Herr Wanach fragt wie lange nach A. die Nachbehandlung fortzusetzen sei und ob nicht häufige Recidive bei ungenügend durchgeführter Nachbehandlung vorkämen.

Herr Anders hält es für nöthig, dass die Pat. längere Zeit in Beobachtung bleiben. Jedenfalls ist eine längere Schonung erforderlich.

Beginnen die Pat. frühzeitig zu arbeiten, so treten Recidive auf. Der demonstrirte Pat. wird seit dem September im Hospital zurückgehalten und ist jetzt über die Recidiveperiode hinaus. Anders hat eine ganze Reihe von geheilten Pat. nach Jahren ohne Spuren von Recidiven wiedergesehn. Im Durchschnitt ist eine Ueberwachung im Laufe von ½ Jahr nöthig, bei beginnendem Recidiv ist sofort für 3—4 Wochen zu charniren.

2. Herr K. Dehio (aus Dorpat). Ueber die Aetiologie der Lepra (mit Demonstration zahlreicher Wachsnachbildungen von Lepraformen).

Vortragender giebt zunächst einen Rückblick über die Leprafoschung in Livland (Wachsmuth, von Bergmann), wobei er besonders die Verdienste von Wahl's hervorhebt, der zuerst die Gründung von Leprosorien verlangte und die livländische Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra gründete. von Wahl's Schüler Wellberg, Paulson, und Hellat studirten zuerst die Ausbreitung der Lepra in Livland. Hellat zählte im Ganzen 217 Kranke in Livland, neuere Zählungen constatiren zweifellos die Zunahme der Zahl der Leprösen. So z B. fand Hellat in Riga mit Kreis 1885—24 Lepröse, Bergmann und Reissner zählten 1890 schon 101 Fälle.

Eine Zunahme der Leprösen gegenüber den Hellat'schen Zahlen ist auch für Oesel, Tarwast, Sara, Hallist und Dorpat durch Pallop, Ackel und Koppel constatirt worden. Augenblicklich dürften etwa 500 Lepröse in Livland vorhanden sein. Wenn nun auch eingewandt werden kann, dass Hellat die Zählung der Leprösen in einem grossen Bezirk, die nachfolgenden Untersucher aber in kleinen Bezirken vorgenommen haben, und so letztere früher übersehene Fälle aufgefunden haben können, so ist doch die ganze Zunahme der Zahl der Leprösen nicht allein auf solche übersehene Fälle zu beziehen. Dagegen sprechen die frischen Leprafälle, die jedenfalls jünger als 10 Jahr sind. Es ist somit ein Fortschreiten der Krankheit unzweifelhaft.

Zur Aetiologie der Lepra übergehend erwähnt Vortragender zunächst, dass im 12—16. Jahrhundert die Seuche als an-

steckend angesehen wurde, wofür das Vorhandensein von etwa 100 Leprosorien in Livland spricht, in denen die Kranken internirt wurden. Danielsen und Boeckh sahen die Lepra als eine erbliche Krankheit an, Hutchinson nahm fischreiche Nahrung als ursächliches Moment an und wies darauf hin, dass die Krankheit am Meeresgestade oder an Binnengewässern am häufigsten vorkomme. Die Fischtheorie hat aber wenig Anhänger, gegen dieselbe spricht auch das Vorkommen der Krankheit weit entfernt von den Küsten (Persien, Turkmenien, Kleinasien). Von Bedeutung sind ungünstige geographische und sociale Verhältnisse (Sümpfe, feuchter Boden, Armuth). Hansen und Neisser entdeckten den Leprabacillus, derselbe lässt sich aber nicht auf Thiere überimpfen, weswegen der direkte Beweis der Infectiosität der Krankheit aussteht. Die Engländer (indische Lepracommission) geben eine Infection mit Leprabacillen zu, halten aber die Krankheit für nicht contagiös, weil zum Ausbrechen der Krankheit eine individuelle Disposition erforderlich sei (Armuth, herabgesetzte Ernährung begünstigen diese), die Bacillen aber überall vorkommen. Neisser, Arning, Leloir, Münch und Andere sehen die Lepra als contagiös an, ebenso von Wahl. Durch genaue Beobachtung und Untersuchung der Einzelfälle trat Lochk auf Anregung des Vortragenden dem Studium der Aetiologie der Lepra näher. Er wählte sich die Insel Oesel, als geographisch abgeschlossenes Land für das Studium der Lepraaetiologie. Auf Oesel ist die Krankheit den Bauern so gut bekannt, dass dieselben selbst die Leprafälle diagnosticiren. Durch genaue Aufnahme der Anamnese von 50 Fällen und Verfolgung der Beziehungen der Einzelfälle zu einander fand Lochk einen bestimmten Connex zwischen allen Leprafällen. Es liess sich in der Mehrzahl constatiren, dass die Pat. vor ihrer Erkrankung in Berührung mit anderen Leprösen gelebt hatten. Die Contagiosität der Lepra lässt sich nur deswegen so schwer nachweisen, weil das Incubationsstadium der Krankheit lange dauert (2–3–15 Jahr). Die Lepra ist keine Erkrankung der Familie sondern eine Erkrankung der Hausgenossenschaft und des innigen Verkehrs. Schmutz und Elend schaffen die Prädisposition für die Uebertragung der Krankheit durch direktes Contagium.

Die anästhetische und makulöse Lepraform ist weniger infectiös. Während in 75% der Fälle von Lochk die tuberöse Form als Infectionsquelle in der Anamnese der Pat. festgestellt werden konnte, war dasselbe für die makulöse Form keinmal nachzuweisen. Dagegen stammt die makulöse Form stets von der tuberösen ab, ohne ihrerseits die Krankheit zu propagiren. Deswegen leben auch auf Oesel solche Kranke häufig unisolirt, dieselben brauchen auch nicht in Leprosorien eingesperrt zu werden. In Livland stehen 160 Betten in den Leprosorien zur Disposition, weitere 100 Betten werden in kurzer Zeit im Pernauschen Leprosorium eröffnet werden. Nach Internirung aller Lepröser in Leprosorien kann auf eine Abnahme der Seuche gehofft werden, wofür analoge Erfahrungen in Norwegen und in den Kosakenstanizen (Münch) sprechen.

Herr Hellat erwähnt, dass noch vor 10 Jahren auch von Wahl sich skeptisch gegen die Contagiosität der Lepra verhalten habe. H. spricht Dehio ein grosses Verdienst in der weiteren Entwickelung der Lepraforschung zu. Er giebt nicht zu, dass in Tarwast ihm Leprafälle entgangen seien, sieht also das Fortschreiten der Krankheit in dieser Gegend als sicher festgestellt an.

Herr Krong constatirt dasselbe für Sara, wo er 14 neue Leprafälle auffand.

Herr von Petersen glaubt auch, dass die makulösen Formen zum mindesten unter Aufsicht gehalten werden müssten, da diese Formen in gemischte oder tuberöse Formen übergehen.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Dritte Sitzung.

Freitag, den 15. Sept. 1895, 9 Uhr Vormittags

(Schluss).

Discussion.

ad 1 des «Commissionsberichtes»:

a) Prof. K. Dehio: schlägt vor den Punkt 1 dahin zu ergänzen[1]), dass die Kreisärzte verpflichtet werden, animale Lymphe zu beschaffen.

[1]) Die zu Beschlüssen erhobenen Passus der Discussion sind gesperrt gedruckt. (Anmerk. des Secretairen.)

b) Dr. C. Ströhmberg: Das Gesetz gewähre ja die Möglichkeit, die theoretische Forderung — Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe — in Praxi durchzuführen.

c) Dr. R. Heerwagen: Im Gesetze fehle die genügende Betonung der animalen im Gegensatze zur humanisirten Lymphe; die Commission habe daher den Zusatz betreffend die Anwendung der humanisirten Lymphe für nothwendig befunden.

d) Dr. W. Zöge v. Manteuffel: Die Commission vertrete bei der Erfüllung ihres Missum den wissenschaftlichen Standpunkt, was die praktische Durchführung des letzteren belangt, so käme freilich in allen streitigen Fällen die Person des Kreisarztes als letzte Instanz in Betracht.

α) Der Aerztetag beschliesst, die Proposition des Herrn Prof. Dehio als Zusatz zum Punkt 1 des Commissionsberichtes anzunehmen.

ad. 2 des «Commissionsberichtes»:

e) Dr. J. Vierhuff: es erscheine fraglich, ob die Competenzen der Medicinalabtheilung soweit reichen, dass sie in Betreff der Annahme von Ammen dem Publicum Vorschriften machen und Controlle üben kann.

f) Dr. C. Ströhmberg: Die Medicinalabtheilung sei sehr wohl in der Lage, Vorschriften darüber erlassen zu können, dass Ammen nicht ohne ärztliches Zeugniss angestellt werden. Die Befolgung der Vorschriften habe die Polizei durchzusetzen.

g) Dr. Zöge v. Manteuffel: erklärt die Bevormundung des Publicums und der Aerzte seitens der Polizei für principiell verwerflich und praktisch unzweckmässig. Das Wesentliche der im Punkt 2 des Commissionsberichtes enthaltenen Bestimmungen sei die polizeiliche Ammencontrolle.

ad. 5 (Anmerkung) des «Commissionsberichtes»:

h) Dr. J. Sadikoff macht den Vorschlag den Punkt 5 (Anmerk.) folgendermaassen zu ergänzen: Bei Wohnungswechsel der inficirten Prostituirten in den Städten sind die städtischen Verwaltungen davon in Kenntniss zu setzen, dass jene mit Syphilis behaftet und daher der sanitären Controlle resp. antiluetischen Behandlung zu unterwerfen sind.

β) Es wird beschlossen, den Punkt 5 (Anmerk.) des Commissionsberichtes entsprechend dem Antrage des Herrn Dr. Sadikoff zu ergänzen.

ad. 8 des «Commissionsberichtes»:

i) Dr. R. Heerwagen erklärt die im Punkt 8 des Commissionsberichtes vorgesehene sanitäre Controlle der Schüler höherer Lehranstalten für unzweckmässig. Es sei nicht verständlich von welchem irgend in Betracht kommenden theoretischen oder praktischen Gesichtspunkte solche Maassregel als den augenblicklich verfolgten Zielen des Aerztetages dienlich erscheinen dürfte. Den einzigen positiven Effect der Controllmaassregeln für Studirende sieht Redner in der Anhäufung von Papieren in der Universitätskanzellei.

k) Dr. C. Ströhmberg: Die Hauptfaktoren der Verbreitung der Syphilis seien: Verheimlichung der Krankheit und das Fehlen der unentgeltlichen und insbesondere der stationären Behandlung. Als Theilmassregel gegen die Verheimlichung sei die Forderung der Gesundheitszeugnisse von Zöglingen der höheren Lehranstalten anzusehen.

l) Dr. E. Sokolowski fasst die Aufgabe der Commission resp. des Aerztetages derart auf, dass für die Ansetzung des Hebels bei der Luesbekämpfung die zur Zeit allgemein fühlbaren, der administrativen und sanitären Reform zugänglichen, cardinalen Missstände als Angelpunkt dienen sollten. Vor Hinwegräumung erwähnter Missstände wäre von der Creirung allzuspecieller Gesetzesparagraphen abzusehen, zumal wenn es sich um die Einschränkung von Gefahren handelt, die sich naturgemäss der administrativen Massregelung und polizeilichen Controlle entziehen wollen und können, wie z. B. jugendlicher Leichtsinn etc. Durch die Einführung in ihrem absoluten Werthe noch strittiger Positiva dürfte die vom Aerztetage geplante, wie jede Reform an Gewicht verlieren.

m) Dr. Zöge v. Manteuffel giebt zu, dass die augenblickliche Fassung des Punkt 8 keine ganz glückliche sei, ist aber der Meinung, dass eine Controlle, ja eine Bevormundung der Studirenden — im Allgemeinen sehr wünschenswerth wäre, da dieselben durch Unwissenheit und Leichtsinn nachweislicher Maassen zur Verbreitung der Lues viel beiträgen.

n) Dr. J. Sadikoff: Es sei nicht einzusehen, warum eine Bevormundung speciell der Studirenden eingeführt werden soll. Bekanntlich werden in grossen Handelsstädten etc. die venerischen Krankheiten durch die jungen Kaufleute, Commis u. s. w. verbreitet und wären daher consequenter Maassen auch diese der Controlle zu unterwerfen. Redner erklärt sich gegen diese Specialisirung und Abgrenzung der sanitären Controlle wie principiell gegen solche Bevormundungen überhaupt.

o) Dr. H. Meyer-Popen: Könnte das Zeugniss eines Arztes bei der praktischen Durchführung der in Punkt 8 vor-

gesehenen Bestimmung als Dokument nicht dem betreffenden Zögling einer höheren Lehranstalt Collisionen mit dem Strafgesetze einbringen? Hierzu eine Handhabe bieten zu müssen, dürfte mit den ärztlichen Berufspflichten nicht in Einklang zu bringen sein.

p) Dr. Zöge v. Manteuffel: Es sei stets damit zu rechnen, dass der Arzt nicht nur die Pflichten des Vertrauensmannes und Menschenfreundes, sondern auch die des Hygieinikers zu erfüllen habe.

q) Dr. E. Sokolowski. Analog dem Gange der Verhandlungen über die Luesfrage auf dem vorigjährigen Aerztetage sei nunmehr die discutirte Frage wiederum auf dem strittigen Gebiete des Berufsgeheimnisses angelangt. Nach Meinung Redners stehe der Aerztetag unter solchen Umständen vor der Alternative: entweder eine neue allgemein gültige resp. aufzuoctroyrende Präcisirung des Berufsgeheimnisses zu erstreben — oder aber jegliche Bestimmungen, welche den Arzt in das vielbesprochene Dilemma bringen können, nach Möglichkeit zu vermeiden.

r) Dr. H. Truhart erinnert an den Standpunkt, den Dr. C. Dahlfeldt in den vorigjährigen Verhandlungen über das Berufsgeheimniss vertrat.

«Die gründliche Aufklärung des Publikums über das Wesen der Syphilis sei das einzige aussichtsvolle Schutzmittel gegen die Verbreitung dieser Krankheit und das geheimnissvolle Dunkel sei hinwegzuräumen, welches von Laien wie von Aerzten um das Wesen der Lues und um die concreten Krankheitsfälle verbreitet werde».

Redner schliesst sich dieser Anschauung an und sieht in der von der Commission vorgeschlagenen Controlle der Studirenden einen wichtigen Schritt zur erstrebenswerthen Annäherung an das Ziel einer offenkundigen Handhabung der Luesfrage.

s) Dr. R. Heerwagen vertritt gleichfalls das Lüften des um das Wesen der Syphilis ausgebreiteten Schleiers, ist jedoch der Ansicht, dass solches durch die sanitäre Controlle der Studenten keineswegs zu erreichen sein dürfte. Im Gegentheil, sei mit Sicherheit zu erwarten, dass das Bestreben der Krankheitsverheimlichung und die Erfindungsgabe bei derselben nur noch in potenzirtem Maasse zur Geltung kommen werden. In Anbetracht solcher Erwägung proponirt Redner, den die Zöglinge höherer Lehranstalten betreffenden Passus aus dem Punkt 8 des Commissionsberichtes zu streichen.

γ) Es wird beschlossen, dem Antrage des Herrn Dr. Heerwagen entsprechend von einer sanitären Controlle der Zöglinge höherer Lehranstalten abzusehen.

ad. 9. des «Commissionsberichtes».

t) Dr. Truhart referirt über seine Correspondenz mit dem Herrn Livländischen Generalsuperintendenten F. Hollmann

1. betreffend die Interpretation und praktische Handhabung des Kirchengesetzes bei Eheschliessungen, falls nachgewiesenermaassen recente Syphilis bei einem der beiden Nupturienten vorliege.
2. bezüglich der etwaigen Bereitwilligkeit der Provincialsynode miteinzutreten in den Kampf gegen diese das ganze Land in Mitleidenschaft ziehende Seuche.

Das Antwortschreiben seiner Magnificenz vom 1. Sept. 1895 sub № 155, welches verlesen wurde, lautete in Kürze dahin

ad 1. dass das Kirchengesetz seiner Auffassung nach bis dato keine Bestimmungen enthalte, welche den Predigern als solchen das Recht einräume, selbst bei ärztlich festgestellter acuter Syphilis des einen Theils der Nupturienten, die Copulirung zu verweigern

und ad 2. dass die Provincialsynode gern bereit sei, die Aerzte im Kampfe wider die Lues zu unterstützen unter der doppelten Voraussetzung einmal, dass die gesetzliche Basis für ein Vorgehen der Prediger in der gewünschten Weise gefunden und zum andern, dass den Sprengeln die Möglichkeit geboten werde, über die Modalitäten der Ausführung die erforderliche Klarheit zu erlangen.

δ) Dr. Truhart wird beauftragt dem Herrn Livländischen Generalsuperintendenten die Mittheilung zu machen, dass der livl. Aerztetag in Anbetracht des bevorstehenden Petersburger Congresses von event. diesbezüglichen Formirungen des Reichsgesetzes aus Opportunitätsrücksichten gegenwärtig Abstand nimmt.

u) Dr. A. v. Kügelgen befürwortet, dass schärfere Gesetzesbestimmungen erlassen werden gegen Personen, die sich unberufener Weise mit Behandlung der Syphilis befassen, wie z. B. alte Weiber auf dem flachen Lande.

v) Dr. E. Fischer erinnert daran, dass das Gesetz bis dato nur im § 104 (Strafgesetzbuch für Friedensrichter) eine zwar eventuelle Bestrafung der Curpfuscher vorgesehen habe.

w) Dr. A. Kusmanoff: Nach dem augenblicklichen Standpunkte des Gesetzes sei es dem Arzte zwar möglich, den Curpfuscher der Polizei anzuzeigen, diese theilt ihm mit, dass er nach dem allgemeinen Gesetze: «Die Behandlung Kranker liegt nur Aerzten ob» — Kranke nicht behandeln darf. Eine Strafe ist für die Uebertretung des genannten Gesetzes nicht vorgesehen. Erst im Wiederholungsfalle kann der Curpfuscher laut § 29 des Strafgesetzbuches bestraft werden.

x) Dr. W. Zöge v. Manteuffel führt an, dass es ganze Distrikte giebt, deren syphilitisch inficirte Bewohner sich dem Arzte consequent entziehen bis endlich die ausgiebigsten Zerstörungen des Körpers im tertiären Stadium der ärztlichen Behandlung zugänglich werden. Das Dorf Tschorna am Peipus liefere z. B. das Hauptcontingent für das Rhinoplastikmaterial in der Dorpater chirurg. Klinik.

y) Dr. A. Schneider schlägt vor, eine Gesetzbestimmung in Betreff der Kurpfuscherei mit besonderer Berücksichtigung Livlands und der übrigen Ostseeprovinzen zu beantragen. Für das weite Reich dürfte eine diesbezügliche Aenderung des bestehenden Gesetzes wenig angebracht sein, nach welchem es Jedermann gestattet ist, seinem Mitmenschen «aus Barmherzigkeit» zu helfen.

Redner illustrirt durch ein Beispiel, wie gross die Plage der Kurpfuscherei für die Landbevölkerung und wie gering der durch das Gesetz gewährte Schutz sei.

z) Dr. R. Heerwagen schlägt vor, der durch Dr. von Kügelgen angeregten Frage Geltung zu verschaffen und die im Commissionsbericht ausgesprochenen Massnahmen, um einen Punkt zu erweitern, durch welchen beantragt werden soll: Zuständigen Ortes darum zu petitioniren, dass gegen Kurpfuscher, die in Sachen der Syphilis viel Schaden stiften, Gesetzesbestimmungen geschaffen werden, welche leicht zu handhaben sind und strenge Strafen ermöglichen.

ε) Der Antrag des Dr. R. Heerwagen wird angenommen.

ad 11. Des «Commissionsberichtes».

aa) Dr. R. Heerwagen erklärt sich für folgende Ergänzung des Punkt 11: Die Institute, welche bereits die Verpflichtung haben, Syphilitische unentgeltlich zu verpflegen, sollen in die Lage gebracht werden, solcher Verpflichtung in denkbar weitestem Umfange nachzukommen.

bb) Dr. E. Sokolowski schliesst sich dem Vorschlage des Herrn Dr. Heerwagen an und berichtet kurz über den Bestand der Verpflegung Syphilitischer im Krankenhause der «Allgemeinen Fürsorge» zu Alexandershöhe i. e. der zur Zeit einzigen in der Stadt Riga befindlichen Station für die Behandlung Syphilitischer: Die männliche syphilitische Abtheilung daselbst verfüge augenblicklich über nicht mehr als 9 Freibetten.

cc) Dr. J. Sadikoff: Nicht die betreffenden Hospitäler allein sollten bei der Verpflegung Syphilitischer die Kosten tragen, sondern die Gemeinde des betreffenden Kranken müsste zur Verpflegung desselben beisteuern. Anspruch auf Ersatz von Seiten des Kranken dürfte in solchem Falle nicht erhoben werden.

dd) Dr. R. Heerwagen erwidert Herrn Dr. Sadikoff dass es volkswirthschaftlich fehlerhaft sei, die Last der Zahlungen von den grossen Communen auf die kleineren abzuwälzen. Es wäre daher seiner Meinung nach von der Zahlungsverpflichtung der Heimathsgemeinden abzusehen.

ee) Dr. H. Truhart hält es für unwesentlich um specialisirte und detaillirte Bestimmungen in Betreff der unentgeltlichen Verpflegung Syphilitischer nachzusuchen.

Der Antrag der Commission gehe eben dahin, die unentgeltliche Behandlung der Syphilitischen auf breitester Basis aufzubauen.

ff) Dr. R. Heerwagen: Es wäre dennoch wünschenswerth, in Anbetracht der geschilderten Verhältnisse im Krankenhause zu Alexandershöhe — dieses Institutes etwa in einem Zusatze zu Punkt 11 besonders Erwähnung zu thun und zu petitioniren, dass das Krankenhaus des Livländischen Collegiums allgemeiner Fürsorge in die Lage versetzt werde, den Anforderungen auf Verpflegung Syphilitischer in vollkommenerem Masse Genüge leisten zu können, als dieses bisher der Fall ist.

ζ) Der Antrag des Dr. R. Heerwagen wird angenommen.

IV. Zur Schlussberathung der Versammlung über den Plan der Bekämpfung der Syphilis in Livland übernimmt Dr. H. Truhart wiederum das Präsidium und eröffnet die

Discussion:

a) Dr. H. Truhart weist darauf hin, dass ein Kampf gegen die Syphilis nur dann einen wirksamen Erfolg versprechen könne, wenn entsprechend der auch auf dem vorigjährigen Aerztetage allgemein anerkannten Grundanschauung der Versammlung endlich ein Mal der Schleier zerrissen werde, mit welchem auch heutigen Tages immer noch von Seiten des Publicums und der Presse, wie aber auch von Seiten der Aerzte die Luesfrage verhüllt zu werden pflegt. Die Er

fahrung des letzten Jahres hat wiederum gelehrt, dass auch unsere Tagespresse nur mit Zögern oder aber auch garnicht gewillt ist, Fragen, die sich auf diese in alle Gebiete des socialen Lebens hineingreifende Volksseuche beziehen, in ihren Spalten zu berühren. Ich möchte daher die Proposition stellen, dass wir aus unserem Aerztekreise heraus eine Commission erwählen, die die Aufgabe hätte, in populärer Form sei es in der Tagespresse oder aber als Brochüre die Bedeutung der Luesfrage zu behandeln.

α) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

b) Dr. R. Heerwagen proponirt: dass die bisherige Commission (Dr. Truhart, Zöge v. Manteuffel, Ströhmberg, Heerwagen, Sokolowski) beauftragt werde, unter der Redaction des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel die besagte Veröffentlichung zu übernehmen. Gleichzeitig soll es der Commission anheimgestellt bleiben, die Abhandlung in der Tagespresse oder aber als Brochüre erscheinen zu lassen.

β) Die Proposition des Herrn Dr. Heerwagen wird anangenommen.

c) Dr. H. Truhart schlägt vor, der Medicinalabtheilung darüber Mittheilung zu machen, dass der Livländische Aerztetag über die Fragen des ministeriellen Elaborates wegen der zu vorgerückten Zeit des nächstjährigen Aerztetages keine definitiven Beschlüsse fassen kann, dass aber ein Entwurf des Aerztetages der Medicinalabtheilung unterbreitet werden wird, welcher die Ansichten und Wünsche des Aerztetages in Hinsicht auf den kommenden Congress in Petersburg enthalten soll.

γ) Der Vorschlag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

ad «Commissionsbericht» in toto.

d) Dr. J. Sadikoff: Der Kampf gegen die Syphilis sollte von medicinischen Standpunkten geführt werden, nicht aber durch Gesetzgebungen, wozu nebenbei eine ärztliche Gesellschaft nicht die Bestimmung hat. Gegen die Bestätigung der von der Commission aufgestellten Bestimmungen spreche das rein menschliche Gefühl: das Individium soll als Student bevormundet werden, desgleichen bei Eingehung der Ehe, ferner als Vater in der Wahl der Amme für seine Kinder und — sogar als Arzt durch bindende Instructionen bei Besichtigung der Prostituirten. Redner schlägt daher vor, nur den Punkt 11 des Commissionsberichtes, betreffend die unentgeltliche Behandlung des Syphilitischen — der Medicinalabtheilung vorzustellen.

e) Dr. A. v. Bergmann: Die Vorschläge der Commission beruhen auf Erweiterungen und Verschärfung bestehender Gesetze. Die Gesetze aber sind bisher insufficient gewesen, ihr Ziel zu erreichen, sie scheitern an der Schlechtigkeit, dem Leichtsinn und der Nachlässigkeit der Menschen, welche unter den Gesichtswinkel dieser Gesetze fallen. Den Erweiterungen und Zusätzen wird dasselbe Loos der Insufficienz zu Theil werden. Der Aerztetag hat sein Bestes gethan, wenn er es Dank seiner Initiative dahin bringt, dass die Luetischen unentgeltlich behandelt werden.

Das Collegium der allgemeinen Fürsorge kann freilich solcher Aufgabe nicht genügen. Private Sammlungen sind gleichfalls aussichtslos.

Es wäre keine Ungerechtigkeit, wenn die Regierung den Communen die unentgeltliche Behandlung der Luetischen auferlegen würde, zumal den Stadtverwaltungen, welche Abgaben von den Bordellen erheben, — allein keinen Groschen für die Behandlung der Opfer der Prostitution verausgaben.

Nach obigen Ausführungen befürwortet Redner, dass der an die Medicinalabtheilung zu befördernde Entwurf des Aerztetages einzig und allein in der gründlichen Bearbeitung des Punkt 11. des Commissionsberichtes zu bestehen und in der unentgeltlichen Behandlung Syphilitischer zu gipfeln habe.

f) Dr. C. Ströhmberg: Die Schlussberathung der Verhandlungen über die Luesfrage sollte sich darauf beschränken, was in dieser Sitzung unter 5. IV. a, b und c bereits beschlossen wurde. Von der Vorstellung eines speciellen Projektes für den Kampf gegen die Syphilis sollte abgesehen werden bis der St. Petersburger Congresses stattgefunden hat.

g) Dr. H. Truhart proponirt, den Commissionsbericht, freilich erst nach definitiver Redaktion, mit den auf dem VII. Aerztetage getroffenen Amendements in toto als Direktive zu benutzen bei der Ausarbeitung des an die Medicinalabtheilung zu befördernden Entwurfes (cf. III. Sitzung 5. IV. γ).

δ) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

h) Dr. Truhart proponirt ferner, gleichzeitig mit der Einsendung des Entwurfes an die Medicinalabtheilung um schleunige Einführung der auf dem Landtage 1893 beschlossenen und bereits bestätigten Sanitätsreformen in Livland zu petitioniren.

ε) Der Antrag des Herrn Dr. Truhart wird angenommen.

i) Dr. Truhart proponirt, die Realisirung der in den Schlussverhandlungen sub. 5. IV. c, g und h gefassten Beschlüsse des Aerztetages einer 3-gliederigen Commission aufzutragen und selbiger die Competenz einzuräumen, die Resultate ihrer Arbeit im Namen und Auftrage des livl. Aerztetages von sich aus der Medicinalabtheilung vorzustellen.

ζ) Die Proposition des Herrn Truhart wird angenommen.

η) Auf Vorschlag des Herrn Dr. R. Heerwagen werden in die Commission gewählt: DDr. W. Zöge v. Manteuffel, H. Truhart und C. Ströhmberg.

ϑ) Die Anfrage des Präses Dr. Truhart: ob zuständigen Ortes um specielle Instruktionen für Livland in der Luesfrage nachgesucht werden soll, wird von der Versammlung in verneinendem Sinne beantwortet.

Schluss der III. Sitzung.

d. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Vermischtes.

— Der bekannte Augenarzt Dr. Carl Waldhauer in Mitau beging vor Kurzem sein 50-jähriges Arztjubiläum. Als hervorragender gelehrter und praktischer Ophthalmologe sowie als langjähriger Director der Reimer'schen Augenheilanstalt in Riga hat der Jubilar weit über die Grenzen seines engeren Vaterlandes hinaus Anerkennung gefunden. Leider ist ihm, der vielen Tausenden Genesung und das Augenlicht wiedergegeben hat, das trübe Geschick zu Theil geworden, an seinem Lebensabende selbst das Augenlicht zu verlieren. Die Gesellschaft der Mitauer Aerzte hat den Jubilar zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt; von der Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga, vom Blindeninstitut und vom Curatorium der Reimerschen Augenheilanstalt wurden ihm Ehrenadressen und Glückwünsche zu diesem Tag übersandt.

— Am 13. Februar hat der neuernannte ausserordentliche Professor der Physiologie Dr. Kurtschinski an der Universität Jurjew (Dorpat) seine Antrittsvorlesung «Ueber die chemische Theorie des Sehens» gehalten. K. war bisher Prosector beim Lehrstuhl der Physiologie an der Kiewer Universität.

— Am 9. Februar feierte der bekannte Physiolog Dr. Alexander Danilewski, Professor der medicinischen Chemie an der militär-medicinischen Academie das 25-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen und pädagogischen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 56. Lebensjahre steht, hat den medicinischen Cursus in Charkow absolvirt, worauf er mehrere Jahre die Professur der med. Chemie in Kasan bekleidete, welche er aber aufgab, um längere Zeit im Auslande in verschiedenen Laboratorien zu arbeiten. Nach seiner Rückkehr im Jahr 1886 wurde er zum Professor der medicinischen Chemie in Charkow ernannt, von wo er 1892 in gleicher Eigenschaft an die militär-medicinische Academie berufen wurde. Die Physologie verdankt ihm zahlreiche werthvolle Arbeiten über das Nervensystem und den Chemismus der Verdauung.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — den Directoren der St. Petersburger Kinderasyle: des Alexander-Newski — wirkl. Staatsrath Robusch und des Gromowschen — wirkl. Staatsrath Börling.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar in Wien am Herzschlage der ordentliche Professor der allgemeinen Therapie und Diagnostik an der militär-med. Academie, wirkl. Staatsrath Dr. J. T. Tschudnowski, im Alter von nahezu 53 Jahren. Nach Absolvirung des Cursus der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1869 wurde T. der Academie zur weiteren Ausbildung zucommandirt und fungirte mehrere Jahre als Assistent an der Botkinschen Klinik. Im Jahre 1872 habilitirte er sich als Privatdocent an der genannten Academie und erhielt im Jahre 1876 den Lehrstuhl der Diagnostik. Seit 1892 leitete er die 2. therapeutische Abtheilung des klinischen Militärhospitals. Der Hingeschiedene ist auch vielfach literärisch thätig gewesen. 2) In Hongkong am 16. Januar der ältere Arzt des Panzerschiffes «Kaiser Nikolai I.», Dr. J. A. Ochotin, im 42. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Kasan erhalten wo er auch 1878 zum Dr. med. promovirt wurde. Seine ganze Dienstzeit hat er als Marinearzt verbracht und als solcher Reisen um die Welt gemacht. 1890 wurde O. zu wissenschaftlichen Zwecken ins Ausland abcommandirt, wo er bei Virchow in Berlin und Pasteur in Paris arbeitete und sich speciell mit der Chirurgie

beschäftigte. Nach seiner Rückkehr wurde er zum älteren Schiffsarzt ernannt. 3) Am 10. December in Jurjew (Dorpat) der Senior der praktischen Aerzte dieser Stadt, Dr. Heinrich Sahmen, an einem Herzleiden im 67. Lebensjahre. Als Sohn des trefflichen Klinikers Franz Sahmen zu Dorpat geboren, widmete er sich dem Studium der Medicin in seiner Vaterstadt. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1854 setzte er behufs weiterer Vervollkommnung seine Studien in Berlin, Prag und Wien fort. In die Heimath zurückgekehrt, wirkte S. von 1858—60 als Fabrikarzt in Zintenhof bei Pernau, um sich dann dauernd in Dorpat niederzulassen, wo er die ersten Jahre als poliklinischer Assistent und Docent und dann bis zu seinem Lebensende als freipracticirender Arzt thätig war. Seine Gewissenhaftigkeit, sein klares, besonnenes Urtheil, seine reichen Kenntnisse, seine Sicherheit in der Stellung der Diagnose machten ihn sehr bald zum geschätztesten und meistbeschäftigten praktischen Arzt der Stadt. Trotz seiner ausgedehnten Praxis in reichen und armen Häusern fand er noch Zeit als Stadtverordneter und Mitglied der Sanitätscommission zum Wohle seiner Vaterstadt zu wirken.

— Zum Besuch der Vorlesungen der Professoren und Privatdocenten der militär-medicinischen Academie werden ausser den Studenten der Academie auch Aerzte die im Staatsdienste stehen, freiprakticirende Aerzte und andere Personen, die durch ihre wissenschaftlichen Arbeiten sich einen wissenschaftlichen Ruf erworben haben, zugelassen. Mit Zustimmung der die Institute der Academie leitenden Professoren, ist es den obengenannten Personen auch gestattet, sich in den Laboratorien der Academie praktisch zu beschäftigen. Für den Besuch der Vorlesungen und Betheiligung an den Arbeiten hat jede Person einmalig 20 Rbl. zum Besten der Academie zu erlegen, welche den Specialmitteln der Laboratorien zu Gute kommen. Von dieser Zahlung sind nur diejenigen Militärärzte befreit, welche auf Anordnung der Ober-Militär-Medicinalverwaltung behufs weiterer Vervollkommung der Academie zucommandirt werden.

— Die Landschaft des St. Petersburger Gouvernements hat im verflossenen Jahre mehr als 25,000 Rbl. für die Maassregeln gegen die Cholera verausgabt. In den letzten drei Cholerajahren haben die Maassregeln zur Bekämpfung dieser Epidemie der St. Petersb. Landschaft 163,525 Rbl. Kosten verursacht. Im Jahre 1894 waren 3500 Personen im St. Petersburger Gouvernement an der Cholera erkrankt. Für das Jahr 1896 sind 17,000 Rbl. angewiesen, um das Sanitätswesen im Gouvernement zu ordnen.

— In der militär-medicinischen Academie finden in diesem Jahre die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungscommission vom 15. April bis 5. Mai und vom 10. September bis 11. November statt.

— Der estländische Landtag hat dem Dr. R. Wistinghausen 500 Rbl. jährlich zur unentgeltlichen Behandlung unbemittelter Kranken in seiner chirurgischen Privatklinik in Hapsal bewilligt.

— Die Choleraepidemie ist in ganz Russland erloschen mit Ausnahme der Stadt St. Petersburg, wo zum 9. Februar noch zwei Cholerakranke in den Hospitälern verblieben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Februar d. J. 8662 (47 mehr als in d. Vorw.), darunter 1880 Typhus — (23 mehr), 759 Syphilis — (72 mehr), 177 Scharlach — (8 mehr). 57 Diphtherie — (3 wenig.), 138 Masern — (5 wenig.), und 36 Pockenkranke — (3 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. Februar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
382	338	720	132	58	137	21	23	35	58	54	61	43	45	35	15	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 32, Febris recurrens 12, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 24, Scharlach 27, Diphtherie 20, Croup 5, Keuchhusten 16, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 5, Cholera nostras 1, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 58, Todtgeborene 28.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. Februar 1896.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 11. März 1896.

Дозв. ценз. Спб. 16 Февраля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 8 St. Petersburg, 24. Februar (7. März) 1896

Zur Bekämpfung der Lues.

(Schluss).

Punkt II des Programms.

Syphilis inmitten der städtischen Bevölkerung.

1. «Die Zahl der Syphilitischen der letzten 5 Jahre in den einzelnen Städten, nach dem im Programm angegebenen Schema».

«Syphilis in den Schulen».

1) Die Zahl der Syphilitischen der letzten 5 Jahre ist nach dem vorgelegten Schema nicht zu eruiren, da die Kranken nicht nach diesem Schema bei den einzelnen Aerzten eingetragen worden sind. Für die Jahre 1892 und 1893 sind die Daten dem Bericht des Präses des livländischen Aerztetages zu entnehmen.

2) In Bezug auf die Schulen in Dorpat ist zu bemerken, dass in den Gymnasien nur sehr selten Syphilis vorkommt. — In den kleinen Städten Livlands liegen die Verhältnisse ähnlich.

3) Anders liegen die Verhältnisse in Bezug auf die Hochschule. Durch eine private statistische Erhebung fand weil. Prof. E. von Wahl (cf. seine Broschüre «Ueber die Verbreitung der Syphilis» 1880) 12 pCt. der Dorpater Studirenden syphilitisch. Professor C. Dehio hat dann 1892 ähnliche Erhebungen, allerdings in einer beschränkteren Zahl von Studenten gemacht, die er der Commission gütigst zur Verfügung stellte. Er fragte sich: Wie viel Studirende verlassen die Universität Dorpat syphilitisch? Es fand sich der enorm hohe Satz von 24 pCt.!

4) Um diese erschreckend hohe Anzahl syphilitischer Studenten zu verringern genügt es nicht die Untersuchung der Prostituirten zu verschärfen. Der Student sucht im Ganzen lieber die geheime Prostitution auf und frequentirt die öffentliche nur gelegentlich.

Darauf weist ja auch die hier, wie überall viel höher berechnete Zahl der geheimen Prostitution hin. v. Wahl rechnet auf 100 Inscribirte 480 nicht Inscribirte ausserehelich cohabitirende bei einer Gesammtbevölkerung von damals 22000 Einwohnern in Dorpat. Berücksichtigen wir ferner, dass durch die geheime Prostitution die Syphilis in die Familien getragen wird (cf. E. von Bergmann weiter unten) dass aus ihr sich die öffentliche ergänzt und zwar meist in der Weise, dass erst die Erkrankte unter Nummer gestellt wird, somit also schon vor der Inscription Zeit hatte die Syphilis zu verbreiten, so erscheint es dringend nothwendig, da die geheime Prostitution sich der Controlle entzieht, sie vor Infection durch Untersuchung der männlichen Jugend zu schützen.

Eine obligatorische Untersuchung der Männer in den Bordellen kann keinen Erfolg versprechen wo die geheime Prostitution geschützt werden soll.

Es hätte an die Stelle zu treten die obligatorische Untersuchung der männlichen Jugend, soweit sie unter den bestehenden Verhältnissen zur Verbreitung der Syphilis unter der geheimen Prostitution beiträgt. Im Allgemeinen findet man unter den Studirenden genügende Sachkenntniss um annehmen zu dürfen, dass sie mit Bewusstsein krank nicht cohabitiren. Die Erfahrung spricht hier auch dafür, dass die geheime Prostitution vorwiegend inficirt wird durch Vagabunden (cf. II 2).

Nebenbei sind es einzelne unverbesserlich liederliche Studenten die allenfalls hier noch in Frage kommen. Im Allgemeinen suchen die Studenten schon früh und beim geringsten Verdacht auf Syphilis die ärztliche Hülfe und lassen sich genügend behandeln.

Es wäre also im Interesse der Einschränkung der Syphilis der Nichtinscribirten die Untersuchung und Behandlung jener vaganten jungen Männer zu überwachen.

Für die Studenten hätte an die Stelle der obligatorischen Untersuchung zu treten:

a) Kostenfreie Untersuchung inficirter Studenten, bei dem eigens hierzu angestellten Arzt.

b) Kostenfreie Behandlung der Syphilitischen im Klinikum für Syphilis.

c) Statistische Erhebungen über den Procentsatz syphilitischer Studenten, die alle 3 Jahre von dem speciell

dazu angestellten Arzt im Verein mit den practischen Aerzten zu veranstalten sind.

d) Es wäre Pflicht des Arztes unverbesserliche Leichtsinnige unter den Studenten die krank cohabitiren oder sonst bei Kenntniss der Infectiosität ihres Leidens Gelegenheit zur Weiterverbreitung der Syphilis geben, — in Grundlage des § 739 des Reichsgesetzes der Universitätsobrigkeit anzuzeigen und durch dieselbe zwangsweise in das Klinikum für Syphilis interniren zu lassen.

e) Das Behandeln geschlechtskranker Studenten ist nur approbirten Aerzten gestattet und ist darüber zu wachen dass nicht Studenten derartige Kranke in Behandlung nehmen.

5) Es ist durch populäre Vorträge den Studenten die Gefahr der Ansteckung mit Syphilis und Trippergift klar zu machen und namentlich darauf hinzuweisen, dass die polizeiliche Untersuchung der Prostitution wohl die manifest Luetischen und acut Gonorrhoischen aus dem Verkehr ziehen kann, nicht aber die im Latenzstadium der Syphilis Befindlichen sowie die an chronischer Gonorrhoe Leidenden. Sie sind ebenso darauf aufmerksam zu machen, dass die Mehrzahl der inficirten Gonorrhoiker sich ihr Leiden von Nichtinscribirten holt. (cf. Fournier).

2) «Die Quellen, Wege und Arten der Verbreitung der Syphilis».

Wenn schon unter der Landbevölkerung Livlands die Infection mit Syphilis auf aussergeschlechtlichem Wege im Vergleich mit der Infection durch den geschlechtlichen Verkehr sehr selten vorkommt, so ereignet sich die nichtsexuelle Infection unter der Stadtbevölkerung nur ganz ausnahmsweise.

Der Einfluss der Fabriken und gewerblichen Etablissements mit Ausnahme vielleicht der Tabakfabriken in Dorpat hat in den livländischen Städten ausser Riga keine Bedeutung für die Syphilisverbreitung. Ebenso wenig macht sich hier zu Lande der Einfluss freizügiger Arbeiterpartien bemerkbar.

Nichts desto weniger fordert die Syphilis in unseren Städten eine bedeutende Zahl von Opfern, besonders in Dorpat, welches in dieser Beziehung den ungünstigsten Städten Europas nicht nachsteht.

Wie schon in der ersten Abtheilung dieser Arbeit hervorgehoben wurde, begünstigen die Jahrmärkte in hohem Maasse die Verbreitung der Syphilis, da fast in allen Verkaufsstellen von starken Getränken für die niederen Bevölkerungsschichten in Dorpat, wie nicht minder in den kleinen Städten Livlands durch die Anwesenheit von geheimen und offenen Prostituirten den unter dem Einfluss des Genusses spirituöser Getränke Stehenden Gelegenheit zur Syphilisinfection geboten wird.

Die durch die Friedensrichter verhängten Geld- und Freiheitsstrafen schrecken die Inhaber solcher Spelunken nicht von dem vortheilhaften Handel mit ihrer doppelten Waare ab. Nicht in einer einzigen der livländischen Städte ist die mit anderen Aufgaben überhäufte Polizei im Stande dieses Uebel mit dem erforderlichen Nachdruck zu verfolgen, da die Anzahl dieser geheimen Stätten der Unzucht sich in den letzten Jahren bis zu einem unerhörten Grade vermehrt hat. In keiner Stadt giebt es wohl eine Strasse, in welcher nicht eine oder die andere Tracteuranstalt oder Bierbude vorhanden wäre; in allen aber giebt es Strassen deren zweites oder drittes Haus eine derartige Trinkanstalt beherbergt, die nicht allein dem Inhaber sondern auch der Stadtverwaltung materiellen Vortheil bringt.

Wenngleich, wie bereits im ersten Kapitel betont wurde, diese Spelunken den vom Lande stammenden Besuchern besonders gefährlich sind, da dieselben sich während der Jahrmärkte hier mit Spirituosen zu erfrischen pflegen, so erfolgen in denselben doch auch zu jeder Zeit venerische Infectionen einer nicht geringen Zahl von Stadtbewohnern aus den niederen Bevölkerungsschichten; oder aber die Letzteren inficiren hier Frauenzimmer, welche sich heute hier befinden und morgen sich im Quartiere eines Commis oder Studenten ihrem Gewerbe hingeben. So verbreitet sich mitunter die Infection von den erwähnten Stätten aus auf sehr verschiedene Bevölkerungsschichten.

Was nun die männlichen Repräsentanten der Verbreitung der Syphilis anbetrifft, so wird in den Städten Livlands die Syphilis wohl hauptsächlich verbreitet durch Commis, Gesellen, unverheirathete Arbeiter und die grosse Zahl von problematischen Existenzen, die im Laufe der letzten Jahre in erschrecklicher Weise zugenommen hat, d. h. durch die jungen Leute ohne bestimmten Beruf, welche einen Theil ihres Lebens wegen verschiedener Vergehen, hauptsächlich Diebstahls und Raubes, in den Gefängnissen verbringen, den andern Theil desselben aber im intimsten Verkehr mit den erwähnten Stätten und der Prostitution sowohl der öffentlichen als der geheimen.

Sie entstammen ja denselben Familien, aus welchen sich die Prostitution rekrutirt. Die Mittel, welche sich die Prostituirte durch den Verkehr mit Männern der besseren Gesellschaftsschichten erwirbt, werden mit jenen Elementen verlebt, wobei die Prostituirte leichter als anderweitig venerische Krankheiten acquirirt, um dann ihrerseits ihre Kundschaft zu inficiren. So äussert sich beständig der innige Zusammenhang zwischen Alcoholismus im hygienischen Sinne des Wortes, Verbrechen und Syphilis; wahrlich ein unheimlicher circulus vitiosus! Die jungen Leute der erwähnten Categorien begegnen ausser in den Kneipen auch auf den Volksfesten, Maskeraden etc., die von den Clubs für die niederen Gesellschaftsclassen inscenirt werden, den öffentlichen und geheimen Prostituirten, Nähterinnen u. s. w., nicht selten sogar Dienstmädchen, welche Letztere höchst beleidigt und bereit sind, ihren Dienst aufzugeben, falls ihnen von ihrer Herrschaft nicht gestattet wird die Veranstaltungen solcher fast in allen Städten Livlands bestehender Clubs zu besuchen.

Nicht allzu selten macht der Unerfahrene in dieser Weise Bekanntschaften, von denen er mit venerischen Krankheiten inficirt wird.

Ausser diesen in allen kleinen Städten Livlands vertretenen männlichen Repräsentanten der Syphilisinfection kommt in Dorpat noch eine beträchtliche Menge von Studenten der Universität und des Veterinärinstituts hinzu, welche oft das flotte Studentenleben mit seinen Kneipereien und seiner Ungebundenheit im Uebermaass geniessen und welche in Folge dessen, dass sie wenig Fühlung mit dem örtlichen Familienleben haben, unter Umständen des Zwanges ledig sind, sich von den angedeuteten Gelegenheiten und der Prostitution fern zu halten. In Folge dessen inficiren sich die Studenten nicht selten und tragen unter dem Einflusse des Kneipens und der durch dasselbe bedingten Unbesonnenheit oder aber durch ihre Unerfahrenheit zur Verbreitung der venerischen Krankheiten nicht wenig bei.

Als Resultat der erörterten Verhältnisse ergiebt sich für Dorpat ein Procentsatz von Syphilitikern, welcher bei Weitem denjenigen von St. Petersburg, Hamburg, ja selbst Berlin und Kopenhagen übertrifft.

Die weiblichen Verbreiterinnen der Syphilisinfection lassen sich in den kleinen Städten Livlands und in Dorpat in drei Categorien theilen.

Zunächst wären zu erwähnen junge Dienstmädchen, Näherinnen und Töchter ungebildeter Eltern ohne bestimmte Beschäftigung, nicht selten Besitzer kleiner Häuser, welche ihre bescheidenen Einkünfte durch die Geschenke eines Verführers vermehren. Bei vielen bleibt diese Einnahmequelle zur Bestreitung eines unangemessenen Luxus für immer ein wohl gehütetes Geheimniss,

wie nicht minder die Acquisition der Syphilis, die durch Kurpfuscher oder Kurpfuscherinnen behandelt wurde.

Ferner geräth ein Theil der Frauenzimmer in die Zahl der geheimen Prostituirten, d. h. sie werden durch ihre Aufführung der Polizei bekannt, ohne jedoch derselben so gewichtige Beweise an die Hand zu geben, dass die Eintragung in das Verzeichniss der Prostituirten möglich wäre.

Endlich geben verhältnissmässig wenige Frauenzimmer das angeborene Schamgefühl in Folge erblicher Belastung oder unüberwindlichen Dranges nach leichtem Erwerbe bis zu dem Grade auf, dass die Polizei, ohne die Desavouirung ihrer Maassregel seitens der Gerichte zu befürchten, auf Grund unumstösslicher Beweise der Nothwendigkeit der Registrirung, im Stande ist sie in das Verzeichniss der öffentlichen Dirnen einzutragen. Zur Registrirung gelangen wohl in der Mehrzahl der Fälle solche Frauenzimmer, welche schon längst das condylomatöse Stadium der Syphilis hinter sich haben und nur noch bezüglich der Verbreitung von Gonorrhoe und Schanker gefährlich sind. Sie erscheinen im Laufe von Jahrzehnten regelmässig zu den Besichtigungen und werden fast immer gesund befunden.

Allein in die Zahl der registrirten Dirnen gerathen (schätzungsweise 30 pCt. sämmtlicher Prostituirten) diejenigen geheimen Prostituirten, welche nach einer überstandenen Cur ihrer recenten Syphilis aus den Hospitälern entlassen werden.

Diese im condylomatösen Stadium der Syphilis befindlichen registrirten öffentlichen Frauenzimmer sind natürlich gefährlicher als alle Uebrigen, da der Umstand, dass sie unter polizeiärztlicher Aufsicht stehen den Besuchern die Ansicht einflösst, dass man bei ihnen gegen Ansteckung sicher ist.

Kaum aber kann heut zu Tage ein Arzt daran zweifeln, dass ein im condylomatösen Stadium der Syphilis befindliches Individuum sehr wohl inficiren kann, ohne dass an seinem Körper manifeste Symtome der Lues vorhanden sind. Hieraus ergiebt sich, dass als hauptsächliche Vermittlerinnen der Syphilisinfection die inscribirten, im condylomatösen Stadium der Syphilis befindlichen Prostituirten gelten dürfen, welche ihre Besucher bei sich zu Hause, in den Gasthäusern, Badestuben, Tracteuren u. s. w. nicht allein in den Städten ihrer Ansässigkeit, sondern auch in anderen Städten inficiren. Sobald diese jungen, mitunter nicht ungestalten Mädchen bemerken, dass sie an dem Orte ihres Domicils von den controlirenden Aerzten von Zeit zu Zeit ins Krankenhaus zur antisyphilitischen Cur befördert werden, sind sie mit allen Mitteln bestrebt, sich der Besichtigung zu entziehen. Viele von ihnen verreisen in die Nachbarstädte auf Erwerb, bis die Recidive entweder von selbst oder unter der Mithülfe eines Feldschers oder Kurpfuschers geschwunden sind. Oder aber sie verbleiben an Ort und Stelle im Quartier eines solchen den Arzt spielenden Gönners dem sie einen Theil ihres Verdienstes für Kost und Behandlung abgeben, bis sie nach wochenlangem vergeblichem Suchen von der Polizei ausfindig gemacht werden. Besonders reichlich versorgt Dorpat die kleinen Städte Livlands mit solchen auf der Flucht vor der Hospitalbehandlung befindlichen frischen syphilitischen Prostituirten.

Erst nach Ablauf des kritischen Stadiums beginnt bei diesen Frauenzimmern die mehr oder minder lang dauernde Ansässigkeit und die gutwillige Unterordnung unter die Controle.

In Berücksichtigung anthropologischer und socialer Gründe, d. h im Hinblick auf das dem Menschen eigenthümliche Schamgefühl, welches ihn zwingt sein geschlechtliches Leben so viel als möglich vor dem Blicke Unbetheiligter zu bewahren und im Hinblick darauf, dass sich aus diesem Grunde die polizeiliche Aufsicht nur auf einen sehr begrenzten Theil der Prostitution erstrecken kann dürfte es nicht zu kühn sein zu behaupten, dass die Zahl der sich zufällig dem ausserehelichen geschlechtlichen Verkehr ergebenden Frauenzimmer zur Zahl der geheimen Prostituirten und die Zahl der Letzteren hinwiederum zur Zahl der öffentlichen Dirnen in einem geometrischen Verhältnisse stehen muss, also je nach der Energie der Polizei wie 4: 2: 1 oder wie 9: 3: 1.

Zwischen den erörterten männlichen und weiblichen Trägern der Syphilis giebt es in den Städten Livlands Vermittlerinnen, unter ihnen verhältnissmässig wenig Kupplerinnen von Profession, obgleich auch solche nicht fehlen. Als Vermittlerinnen dienen nicht selten die Aufwärterinnen von Unverheiratheten, namentlich von Studenten sowie die Bedienung in gewissen Badestuben und Gasthäusern.

Die geschilderte Art der Verbreitung der Syphilis ist in Dorpat und den kleinen Städten Livlands wohl die häufigste und hat dazu geführt, dass die Zahl der frischen Syphilitiker in Dorpat besonders gross ist.

Durch solche Syphilitische wird die Syphilis mitunter in die Ehe und in die Familie übertragen. Vor nicht allzu langer Zeit wurde aus dem Dorpater Hospitale eine im condylomatösen Stadium der Syphilis befindliche Jüdin nach Beseitigung der manifesten Erscheinungen der Lues entlassen. Alsbald heirathete sie einen Wittwer mit mehreren Kindern und inficirte ihn sowie die Kinder. Solche Vorkommnisse ereignen sich hin und wieder. Dennoch kommt in den livländischen Städten die aussergeschlechtliche Infection im Vergleich mit der geschlechtlichen nur ausnahmsweise vor.

Immerhin mögen wohl auch Infectionen durch syphilitische Ammen und durch die Vaccination von Arm zu Arm vorgekommen sein. Es sind auch Fälle von Infectionen jüdischer Knaben beobachtet worden, die dadurch zu Stande kamen, dass während des Actes der Beschneidung die Wunden behufs Blutstillung von einem Syphilitiker ausgesogen wurden; solche Fälle sind im Anfang der 90er Jahre in Dorpat, wie in Fellin zur Beobachtung gekommen.

3) «Die Registration und die Maassregeln zur Entdeckung der Syphilitiker. Die Aufsicht über die Fabriken und andere gewerbliche Etablissements. Die Aufsicht über die Arbeiter an den Orten zeitweiligen Confluxes. Die Aufsicht über die Bedienungen in den Gasthäusern, Tracteuren, Badstuben, Verkaufstellen für Lebensmittel und die Bedienung von Privathäusern. Aufsicht über die Ammen.»

Eine namentliche Registrirung der Syphilitiker findet in den Hospitälern, in den Kliniken und den Privatjournalen der Aerzte statt. Die Registrirung in den Hospitälern und den Kliniken ist zur Ergreifung von practischen Maassregeln verwendbar; die Privatjournale der Aerzte liefern der Administration in den Jahresberichten nur Ziffern.

Eine amtliche Aufsicht über Fabriken und andere gewerbliche Etablissements, über die Bedienung in den Gasthäusern, Tracteuren, Badestuben, Lebensmittelhandlungen und Privathäusern seitens der Polizei existirt bezüglich der Syphilis in den Städten Livlands nicht. Sie ist den Inhabern dieser Institute überlassen. Ebensowenig besteht eine Aufsicht über die Ammen.

Das Ausfindigmachen von Syphilitikern ist der Polizei mit Hülfe der Stadtärzte anheimgestellt. Die, mit zahlreichen und complicirten sonstigen Pflichten überhäufte, Polizei verfügt jedoch nicht über die genügenden Kräfte zur Erfüllung dieser Aufgabe, die für sie eine nebensächliche ist. Jedenfalls vermag sie weniger zu erreichen,

als in letzter Zeit durch die unentgeltliche Behandlung unbemittelter Syphilitiker erreicht wird. Durch die letztere Maassregel werden das Bestehen der Syphilis und die Quellen der Infection häufiger als früher entdeckt, indem die Inficirten freiwillig in die Krankenhäuser zur Behandlung eintreten.

Wenn es bei Weitem auch nicht immer gelingt von solchen Kranken die Person zu eruiren, von welcher sie inficirt wurden, so gelingt es doch nicht selten von ihnen werthvolle Hinweise auf die Umstände der Infection und den Ort, an welchem eine solche stattfand, zu erlangen. In dieser Weise tragen die Mittheilungen der Kranken nicht selten zur Entdeckung weiterer Syphilitiker bei.

4) «Syphilis in den Findelhäusern und Kinderbewahranstalten».

Solche befinden sich in den Städten Livlands nicht.

5) «Die Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis. Vorbeugende Maassregeln. Die Verpflegung der an Syphilis Erkrankten in den Krankenhäusern. Die Bedingungen der Entlassung der Syphilitiker aus den Krankenhäusern».

Die Vorbeugungsmassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis beschränken sich in den livländischen Städten auf die zwangsweise Besichtigung der Prostituirten und die Beförderung der venerisch Erkrankten in die Krankenhäuser zur stationären Behandlung. Die ärztliche Besichtigung der geheimen Prostituirten, die hier und da gelegentlich ertappt werden, ist natürlich sehr selten. Und doch beträgt die Zahl der öffentlichen Dirnen nach obiger annähernder Schätzung etwa nur den 13. bis 7. Theil sämmtlicher Prostituirten. In Dorpat mit seinen 150 öffentlichen Dirnen scheint wenigstens ein solches Verhältniss annähernd zuzutreffen.

In den Krankenhäusern werden die zu den livländischen Landgemeinden gehörigen Syphilitischen unentgeltlich auf Kosten der Landescasse behandelt. Die unbemittelten Kranken, die zu anderen Landgemeinden oder zu städtischen Gemeinden gehören, werden auf Kosten der Gemeinden ihrer Hingehörigkeit in die Krankenhäuser aufgenommen. Sie bereiten übrigens den Krankenhäusern grosse Weitläufigkeiten und nicht selten materielle Verluste, da die Gemeinden sehr ungern die Kurkosten tragen und oft aufs Entschiedenste die Zahlung verweigern. Alle Uebrigen werden nur gegen Baarzahlung pränumerando aufgenommen. Dank diesem Umstande sind die Nachkommen von unbemittelten Beamten und armen Adeligen im Falle der venerischen Erkrankung sehr schlimm daran, da ihnen die Aufnahme in die Hospitäler verweigert werden muss. Die Zurückweisung dieser Kranken wirkt nicht nur auf die abschlägig beschiedenen Kranken verderblich, sondern begünstigt auch in vielen Fällen in hohem Maasse die geschlechtliche und aussergeschlechtliche Verbreitung der Syphilis. Es ist mithin die unentgeltliche Behandlung unbemittelter Syphilitischer in den Städten Livlands abhängig vom Stande, zu welchem der Syphilitische gehört und von der Gemeinde, zu welcher er angeschrieben ist. Die Entlassung der Syphilitischen aus den Hospitälern erfolgt, sobald die den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden zugänglichen Symptome der Krankheit geschwunden sind.

6. «Erwägungen über die Mängel der gegenwärtig im Kampfe mit der Syphilis und den venerischen Krankheiten gehandhabten Maassregeln und über Maassregeln, welche entsprechend den örtlichen Verhältnissen erforderlich wären».

A. Die Mängel der bestehenden Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis.

a) Als ein wesentlicher Mangel ist die Ignorirung der gonorrhoischen Erkrankungen im Vergleich zu den syphilitischen zu bezeichnen.

b) Das Fehlen einer namentlichen Registrirung aller derjenigen venerisch Erkrankten, welche nach den bestehenden Gesetzen der polizeilich-medicinischen Aufsicht unterliegen.

c) Das Fehlen einer sanitären Aufsicht über die kleinen Fabriken und gewerblichen Etablissements.

d) Die Anwesenheit von öffentlichen und geheimen Prostituirten in Bierbuden, Tracteuren, Gasthäusern und Badestuben, die bedingt wird durch den Mangel an Polizeikräften im Verhältniss zur Zahl derartiger Institute.

e) Das ungünstige Verhältniss der geheimen zu den öffentlichen Dirnen, bedingt theils durch die Beschränkung der Polizeigewalt, theils durch die ungenügende Zahl der Polizeimannschaft.

f) Die beträchtliche Zahl von Kupplerinnen unter den verschiedenen Bediensteten und das Fehlen einer Controle über die sittlichen Eigenschaften der Dienstboten, namentlich der Aufwärterinnen bei Studenten.

g) Die Zulassung von Frauenzimmern, welche der Polizei als geheime und offene Prostituirte bekannt sind zu Volksfesten, Maskeraden etc.

h) Das Fluctuiren von Frauenzimmern, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, von einem Orte zum andern, aus einer Stadt in die andere, oder aus der Stadt aufs Land, wohin auch die zwangsweise Beförderung derselben in die Heimathsgemeinde auf Grund Bd. XIV des Swod. Abth. III. Art. 251. Ausgabe 1857 zu rechnen ist.

i) Der Aufenthalt in allen Städten Livlands einer verhältnissmässig grossen Zahl von jugendlichen Verbrechern, welche sowohl ihrer Veranlagung als auch ihren Neigungen nach im intimen Verkehr mit der Prostitution stehen.

k) Das Fehlen einer sanitären Controle der Gesellen, Commis, Studenten etc.

l) Die mangelnde Fürsorge unentgeltlicher Behandlung der an venerischen Krankheiten leidenden unbemittelten Exemten, Studenten, Commis, Gesellen, und überhaupt von Personen, die nicht zu livländischen Landgemeinden gehören, unter diesen sogar Prostituirten.

m) Die ungenügende Zahl von Krankenhausbetten für venerische Kranke.

n) Die vielfach noch vorkommende ambulatorische Behandlung solcher Syphilitiker, welche unter Verhältnissen leben, die die Weiterverbreitung der Krankheit begünstigen.

o) Die ungenügende Bekanntschaft vieler Aerzte mit den weniger leicht erkennbaren Symptomen der Syphilis.

p) Die Behandlung Syphilitischer durch Feldscher, Kurpfuscher, Kurpfuscherinnen und Studenten.

q) Eheschliessungen zwischen Gesunden und im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindlichen.

r) Das Fehlen einer Controle über die Ammen,

s) Impfung mit humanisirter Lymphe.

t) Das Fehlen einer medicinal-polizeilichen Controle über die Beschneidung ausführende Juden, welche die Blutung noch immer oft durch Aussaugen der Wunden stillen.

B. Maassregeln, welche zu einem erfolgreichen Kampfe gegen die Syphilis in den Städten Livlands zu ergreifen wären.

Allgemeines.

Alle Maassregeln zum Kampfe gegen die venerischen Krankheiten haben das Ziel anzustreben, dass jeder Erkrankte gern ärztliche Hülfe suche und jeder der stationären Behandlung Bedürftige eine solche unentgeltlich finde, so dass es möglich wäre ohne persönlichen Zwang die Heilung dieser socialen Calamität zu bewerkstelligen.

Als leitender Gesichtspunkt speciell beim Kampfe gegen die Syphilis hat die durch vielfache Erfahrungen bewiesene Thatsache zu gelten, dass ein Syphilitiker im recenten Stadium (etwa im Laufe dreier Jahre nach der Infection) infectiös ist, ohne dass an seinem Körper manifeste, d. h. den jetzigen Untersuchungsmethoden erkennbare Symptome vorhanden sind. Dieser Erfahrungsthatsache ist die wohl begründete Hypothese an die Seite zu stellen, dass eine methodische Mercurialcur im Laufe der suspecten Periode die Infectiosität des Individuums vermindert oder vielleicht gar vernichtet. Aus diesen Grundsätzen folgt logischer Weise die Forderung einer drei Jahre lang dauernden ärztlichen Controle jedes Syphilitikers. Consequenter Weise müssten die der administrativen Gewalt unterworfenen syphilitischen Prostituirten ausser Verkehr gesetzt, also internirt werden.

Da Solches unausführbar ist, so muss a priori zugegeben werden, um so mehr, als die Syphilis nur zum Theil durch solche Prostituirte verbreitet wird, dass wir einstweilen noch nicht im Stande sein können, die Syphilis aus der Welt zu schaffen und dass es schon als grosse Errungenschaft angesehen werden müsste, falls es gelingen sollte, sie in sichtlicher Weise einzuschränken.

Den zuletzt betonten bescheidenen Ansprüchen entsprechend wären etwa folgende Maassregeln zu empfehlen, deren Durchführbarkeit der Beurtheilung der competenten Persönlichkeiten überlassen sein möge.

Specielle Maassregeln.

a) Die gonorrhoischen und Schanker-Erkrankungen müssen genau so beachtet werden, wie die syphilitischen.

b) Behufs der gemäss den auseinandergesetzten allgemeinen Gesichtspunkten erforderlichen dreijährigen Controle der Syphilitiker haben die Aerzte über alle unzuverlässigen, zur Weiterverbreitung der Krankheit geeigneten Syphilitiker dem Stadthospitale namentliche Listen zuzustellen, damit die über diese Personen nothwendige Controle möglich werde.

c) Die Krankenhäuser haben die Pflicht über alle daselbst behandelten und von den Aerzten gemeldeten Syphilitiker Listen zu führen und dieselben von Zeit zu Zeit zur Besichtigung aufzufordern, resp. durch die Polizei zu requiriren behufs Feststellung ihres Gesundheitszustandes und erforderlichen Falles unentgeltlicher Cur.

d) Die Krankenhäuser müssen verpflichtet sein allen zur stationären Behandlung gekommenen frischen Syphilitikern bei der Entlassung zu eröffnen, dass sie in ein- bis zweimonatlichen Zwischenräumen sich zur Besichtigung vorstellig zu machen haben, erforderlichenfalls sie im Falle der Nichterfüllung dieser Forderung durch die Polizei citiren zu lassen.

e) Bei der Entlassung von Syphilitikern, welche durch die Polizei in's Krankenhaus expedirt worden sind, ist die Letztere davon zu benachrichtigen, dass ihre Wiedervorstellung in ein- bis zweimonatlichen Zwischenräumen nothwendig ist.

f) Es ist nothwendig für die unentgeltliche Hospitalbehandlung aller unbemittelten Veneriker Sorge zu tragen, insbesondere von Handwerkern, Commis, Studenten, Exemten etc. durch Gründung von Krankencassen oder Einrichtung von Gebühren in der Art der in Petersburg auf Grund Art. 363 Bd. XIV des Reichsgesetzes üblichen Passgebühren.

g) In den kleinen Städten Livlands ist die Einrichtung besonderer weiblicher und männlicher Syphilisabtheilungen bei den Krankenhäusern nothwendig, in Riga und Dorpat aber die Eröffnung besonderer Hospitäler für venerische Männer und venerische Frauen, die so gut eingerichtet und mit allen nothwendigen Hülfsmitteln versorgt sein müssen, dass sie das Vertrauen des Publikums verdienen und den Kranken als eine willkommene Zufluchtsstätte erscheinen.

h) Die Aerzte müssen unter einander darüber einig sein, dass Venerische, welche unter die Verbreitung dieser Krankheiten begünstigenden Einflüssen leben, stationär und nicht ambulatorisch behandelt werden müssen.

i) Von den Aerzten sind genauere Kenntnisse über alle Symptome der venerischen Krankheiten zu verlangen, als man sie gegenwärtig bei Manchen findet.

k) Die Behandlung Venerischer durch Studenten, Feldscher, Kurpfuscher u. s. w. muss unbedingt verboten werden, zu welchem Zwecke der Widerspruch zwischen den Art. Bd. XIII Уст. врач. 93, 95, 96 und 97 Ausgabe 1892 einerseits und Art. 99 ibidem, sowie Art. 104 des Friedensrichterustaw Ausgabe 1885 andererseits zu beseitigen wäre; denn nach den letzten beiden Artikeln ist das unbefugte Behandeln nur strafbar, sobald stark wirkende Mittel angewandt wurden.

l) Die sanitäre Controle der Fabriken und Etablissements, auch der kleinen, darf nicht bloss den Inhabern überlassen sein, sondern sie muss eine sanitätsärztliche sein und falls sie durch Privatärzte gehandhabt wird, so müssen diese letzteren gehalten sein, die venerischen Arbeiter einer stationären Behandlung zu unterziehen und dafür Sorge zu tragen, dass sie in den Krankenhäusern registrirt werden.

m) Die Gelegenheiten zum Genuss alcoholischer Getränke und zur Befriedigung des Geschlechtstriebes müssen streng von einander getrennt werden; daher ist bei der grossen Anzahl von Tracteuren, Bierbuden etc. in den livländischen Städten, deren Einschränkung geheime Trinkanstalten ins Leben rufen könnte, die Zahl der Polizeichargen bis zu dem Maasse zu vergrössern, dass eine genügende Controle dieser Kneipen möglich wäre.

n) Die Polizei ist mit der nöthigen Machtvollkommenheit und den nöthigen Mitteln zur Beobachtung der geheimen Prostitution auszustatten.

o) Auch die Beobachtung der Kuplerinnen und der Bedienung in den Tracteuren, Gasthäusern, Badstuben etc. in den kleinen Städten Livlands erfordert eine Vermehrung der Polizeikräfte.

Anmerkung. Eine Controle derjenigen Personen, welche sich als Aufwärterinnen bei den Studenten verdingen und nicht selten als erfahrene Kuplerinnen die Infection der unerfahrenen Jugend mit venerischen Krankheiten veranlassen, seitens der Inspection der höheren Lehranstalten wäre wünschenswerth und nicht unschwer durchführbar.

p) Ein Frauenzimmer, das der Polizei als offene oder geheime Prostituirte bekannt ist, sollte, sofern es sich im Stadium der condylomatösen Syphilis befindet, nicht in ihre Gemeinde befördert werden oder die Erlaubniss zum Verreisen erhalten. Im Fall der Unmöglichkeit die Uebersiedelung oder das Verreisen zu verhindern, muss die Polizei des Ortes, an welchen sich die Prostituirte begiebt, davon avisirt werden, dass sie als im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindliche einer strengen ärztlichen Controle zu unterliegen hat. Solches wäre nur erreichbar durch Abänderung des Art. 251, Abth. III, Bd. XIV des Swod Ausgabe 1857.

q) Offene und heimliche Prostituirte, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, dürfen von der Polizei nicht zu Volksfesten, Maskeraden etc. zugelassen werden.

r) die grosse Zahl von jungen Verbrechern, welche in Dorpat ihr ständiges Domicil hat und viel zur Verbreitung der venerischen Krankheiten beiträgt, sollte hier nicht geduldet werden, da sie in dieser kleinen Universitätsstadt ein dankbares Feld für ihr verbrecherisches Treiben findet, während solche Leute doch in den kleinen Landstädten und auf dem flachen Lande leichter controlirt werden könnten.

Eine derartige Forderung rechtfertigt sich insbesondere dadurch, dass die erwähnte Menschenklasse, die in den intimsten Beziehungen zur örtlichen Prostitution steht,

sehr viel zu einer derartigen Verbreitung der Syphilis am Orte beiträgt, so dass diese kleine Universitätsstadt bezüglich der Zahl der Syphilitiker selbst Berlin und Kopenhagen übertrifft.

s) Ehen zwischen im condylomatösen Stadium der Syphilis Befindlichen und Gesunden müssen nach Möglichkeit verhindert werden.

t) Eine Ammencontrele in den Städten Livlands ist nothwendig.

u) Die Schutzpockenimpfung muss ausschliesslich mit animaler Lymphe ausgeführt werden.

v) Bei der Beschneidung jüdischer Knaben muss die Beobachtung aseptischer Cautelen gefordert werden; jedenfalls aber ist das Aussaugen der Wunden behufs Blutstillung zu verbieten.

Es darf nicht befremden, dass bei den in Vorschlag gebrachten Maassregeln so oft auf die Mithülfe der Polizei recurrirt wurde, da ja der Kampf gegen die Syphilis, wie die Dinge gegenwärtig liegen, eine der Hauptaufgaben der Medicinalpolizei bilden muss. Dieses Ineinandergreifen der ärztlichen und polizeilichen Thätigkeit führte sogar bis zu der Forderung der Säuberung der Universitätsstadt Dorpat von den hier domicilirenden zahlreichen jugendlichen Verbrechern in Anbetracht des engen Zusammenhanges derselben mit der Prostitution, welche andererseits mit der studirenden Jugend in Berührung kommt und die zukünftigen Vertreter der Intelligenz mit der von den Verbrechern acquirirten Lues inficirt. Allein so lange wir Aerzte, für welche der Kranke der Gegenstand der gleichen Aufmerksamkeit zu sein hat, gleichgültig ob er Repräsentant der Intelligenz oder Verbrecher ist, oder ob wir es mit einer Prostituirten zu thun haben, nicht ein solches Vertrauen jedes Kranken erlangt haben, dass er ohne die geringste Scheu sich gern an uns wendet in der Hoffnung auf die sicherste Hülfe in seinem Leiden, können wir im Kampfe gegen die Syphilis und die anderen venerischen Krankheiten noch nicht ohne die Hülfe der Polizei auskommen.

Wenn wir einst erreichen sollten, dass jeder Syphilitische unsere Hülfe freiwillig sucht und dass jedem unbemittelten Syphilitischen unentgeltliche Hospitalbehandlung gewährleistet wird, ja dann könnte von einem Kampfe gegen die Syphilis nicht mehr die Rede sein. Die Seuche als solche würde ohne Kampf schwinden.

Einstweilen sind wir noch sehr weit von einem solchen Erfolge entfernt und daher auch der Kampf mit Hülfe der Polizei nothwendig.

Punkt III des Programms.

«Die Syphilis in der Armee und auf der Flotte»:

Der Punkt III des Programms für den Allerhöchst pro 1896 bestätigten Congress zu St. Petersburg sollte der Verarbeitung im betreffenden Specialressort vorbehalten bleiben.

Punkt IV des Programms.

«Die Zusammensetzung und Vorbereitung des für den Kampf mit der Syphilis erforderlichen ärztlichen Personals».

1) Ein besonderes ärztliches Personal zur Bekämpfung der Syphilis hat bisher nicht existirt, ausgenommen die Stadt- und Kreisärzte. Ferner sind in früheren Zeiten von Seiten der Universität Professore und Docenten, sowie angestellte Assistenten zur Prostituirten-Untersuchung abdelegirt worden.

2) Da eine genaue Kenntniss der Pathologie und Therapie der Syphilis unumgängliche Vorbedingung für einen erfolgreichen Kampf mit der Volksseuche ist, erscheint es vor allem nothwendig behufs Vorbereitung des ärztlichen Personals, an der hiesigen Universität einen Lehrstuhl für «Syphilis und Hautkrankheiten» baldmöglichst zu errichten.

3) Zugleich ist eine besondere Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu gründen, an der die Studenten der Medicin verpflichtet wären zu practiciren.

4) Nach Gründung der genannten Institutionen ist von jedem Mediciner zum Examen rigorosum ein besonderes Examen behufs Nachweises theoretischer und practischer Kenntnisse betreffend die Syphilis abzulegen und ist dem Examinanden ausser einem männlichen Syphilitiker stets auch ein weibliches mit Lues behaftetes Individuum zum Examen practicum vorzustellen.

5) Die Kreis-, Stadt- und Sanitätsärzte sind nicht zum Kreisarztexamen vorzulassen. bevor sie nicht den Nachweis erbringen können, dass sie mindestens ein halbes Jahr an einem Hospital für Syphilis und venerische Krankheiten als Assistenten, jüngere Aerzte etc. thätig gewesen sind, oder sich an der Prostituirten-Untersuchung in einer grösseren Stadt als Gehilfen betheiligt haben.

6) Die Kreis-, Stadt- und Sanitätsärzte haben ein besonderes Examen in der Pathologie und Therapie der Syphilis abzulegen, wobei von ihnen namentlich auch Kenntnisse in der Prostitutionsfrage, sowie praktische Untersuchung der Prostitution zu verlangen ist.

7) In den Hospitälern und Kliniken der Stadt haben bisher auch die Syphilitiker der Landgemeinden in grosser Zahl Aufnahme und Behandlung gefunden, da auf dem Lande eine stationäre Behandlung der Syphilitischen meist unmöglich ist.

Es erscheint jedoch wünschenswerth die syphilitischen Kranken des Landes nicht zu centralisiren, weil das die Behandlung der Recidive erschwert. Die landischen Kranken kommen erfahrungsgemäss zum Theil auf eigne Veranlassung, zum Theil auf Veranlassung der Gemeindeobrigkeit bei auffälligen äusseren Erscheinungen, bei bestehendem Schanker oder evidenten Ausschlägen in nicht geringer Menge in die Kliniken und Hospitäler der Stadt, sehr selten aber sieht man einen solchen Kranken wieder, selbst wo ihnen, wie es von Seiten der Ritter- und Landschaft für die Kranken der Landgemeinden Livlands geschehen, — gratis Behandlung zu Theil wird. Schon E. v. Bergmann macht in seiner Schrift: «Ein Mittel zur Einschränkung der Syphilis in Dorpat» 1867 darauf aufmerksam und haben sich seitdem die Verhältnisse in dieser Richtung nicht geändert.

8) Es sind daher über das Land hin in dazu geeigneten Orten (in den kleinen Städten, Flecken, bei den Kirchen) Kirchspielsärzte anzustellen, die die Syphilitischen gratis zu untersuchen und stationär zu behandeln haben, zu welchem Zwecke Hospitäler zu errichten sind (cf. Punkt II des Commissionsberichtes, sowie «Petersb. Medicin. Wochenschrift» 1893 Protokoll des V. livl. Aerztetages und Protokoll des VII. livländischen Aerztetages von 1895). Alle diese Aerzte haben ihre Berichte über Syphiliserkrankungen den Leitern der Hospitäler in Riga und Dorpat einzusenden, ebenso wie die letzteren dazu verpflichtet sind die Kirchspielsärzte etc. über ihrem Rayon angehörige Syphilitiker, die in der Stadt Hülfe gesucht durch Berichterstattung nach Ausscheidung aus den Hospitälern zu informiren.

9) In den Städten Riga und Dorpat ist ein besonderer Arzt für Syphilis und venerische (sowie Hautkrankheiten) anzustellen mit der Verpflichtung die Zöglinge der höheren Lehranstalten gratis zu behandeln.

In Dorpat dürfte dieses wohl auch der betreffende Universitätsprofessor für Syphilis sein, der dann berechtigt wäre, die Untersuchung unter eigner Verantwortung seinem Assistenten zu übertragen.

10) Die Untersuchung der Prostituirten liegt nach wie vor den Stadt- und Kreisärzten ob. Doch sind ihnen je nach der Zahl der Prostituirten — etwa wenn die Zahl 300 übersteigt — jüngere Gehülfen — Sanitätsärzte beizugeben, die dasselbe Examen absolvirt haben müssen. Diesen Untersuchungen hat der Professor das Recht mit seinen Zuhörern beizuwohnen; jedoch ist die Zahl der anwesenden Studenten durch Eintheilung in Kurse auf Maximum 10 zu reduciren.

Punkt V des Programms.

«Die Aufsicht über die Prostitution».

1) «Daten über die Zahl der Bordelle und der öffentlichen Frauenzimmer in den einzelnen Städten. Syphilisstatistik bezüglich der öffentlichen und geheimen Prostituirten etc.»

In den livländischen Städten mit Ausnahme Rigas giebt es keine Bordelle im gesetzlichen Sinne des Wortes; es existiren in denselben jedoch Häuser, in welchen mehrere Prostituirte zusammenwohnen.

Bezüglich der Zahl der öffentlichen Frauenzimmer hat die Commission nur Daten bezüglich Dorpats zur Disposition, wo die Zahl solcher Frauenzimmer um 140 schwankt. Beinahe 25 pCt. derselben befindet sich im condylomatösen Stadium der Syphilis.

Statistische Daten über den Einfluss der Prostitution auf die Verbreitung der Syphilis liegen hier nicht vor; die Nachforschungen jedoch, die bei den männlichen Syphilis-Patienten im Dorpater Stadthospital angesellt wurden, meistentheils Leuten, die aus den ärmeren Gesellschaftsclassen stammen, ergaben, dass die überwiegende Zahl dieser Kranken durch öffentliche und geheime Prostituirte inficirt wird, wessen schon sub I 2, I 6 A, II 2, II 6 dieser Daten Erwähnung geschah, in welchen Punkten sowohl die Stätten als auch der Weg der Infection berührt wurden. Der Prostitution auf dem flachen Lande ist in I 2 Erwähnung geschehen.

2) «Die Registration der Prostituirten und die Organisation der Aufsicht über dieselben».

Eine solche ist in Livland geregelt entsprechend den Regeln des Circulairs des Herrn Ministers des Innern vom 28. October 185! sub Nr. 39.

In Riga existirt für diese Angelegenheit ein polizeiärztliches Comité. In Dorpat erfüllt diese Obliegenheiten der Polizeimeister, in den kleinen livländischen Städten der örtliche Kreischef. Die Besichtigungen werden von den Stadtärzten ausgeführt.

Der VI. livländische Aerztetag äusserte den Wunsch, dass die Aerzte, welche mit den Besichtigungen der Prostituirten zu thun haben, sich nach dem im Auftrage des III. livländischen Aerztetages von Dr. Heerwagen Riga, ausgearbeiteten «Reglement für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte» (conf. Petersb. Medicin. Wochenschrift» 1895 Nr. 10, Seite 91) richten.

3) «Die Hospitalpflege der syphilitischen Dirnen, das Maass der Garantie einer stationären Behandlung für dieselben, die Bedingung der Zulassung derselben zur Ausübung des Gewerbes nach stattgehabter syphilitischer Erkrankung.»

Alle venerischen Prostituirten werden in den Krankenhäusern Dorpats und der kleinen livländischen Städte unentgeltlich auf Kosten der Landescasse behandelt, sofern sie zu den Landgemeinden Livlands gehören. Zu anderen Land- oder Stadtgemeinden Russlands Gehörige werden auf Kosten ihrer Gemeinden behandelt; Ausländerinnen auf eigene Rechnung und hin und wieder auf Kosten des Staates. In ausnahmsweisen Fällen sind sie selbst im Stande für ihre Behandlung zu zahlen. Die Beitreibung der Curkosten sowohl von diesen Letzteren als auch von den Stadt- und Landgemeinden macht oft grosse Schwierigkeiten.

Von ihrem Gewerbe sind sie nur auf so lange ausgeschlossen, als sie sich im Krankenhause befinden, aus welchem sie entlassen werden, nachdem die manifesten Erscheinungen der venerischen Krankheit, wegen welcher sie aufgenommen wurden, geschwunden sind.

Beilage

zu den Daten für den Allerhöchst genehmigten 1896 in St. Petersburg abzuhaltenden Congress zur Berathung von Maassregeln gegen die Syphilis in Russland

abgefasst im Auftrage des VII. Livländischen Aerztetages.

Wenngleich die Syphilis am häufigsten durch den ausserehelichen geschlechtlichen Verkehr übertragen wird, so sind dennoch die traurigen Vorkommnisse nicht selten, dass junge Frauen ahnungslos in die Ehe tretend von ihren Männern, die sich zur Zeit der Eheschliessung im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, angesteckt zu unschuldigen Opfern der Seuche werden. Andererseits, obschon viel seltener, sind den Aerzten Fälle bekannt, in denen junge Ehemänner von ihren syphilitischen jungen Frauen inficirt worden sind. Das traurige Schicksal der Nachkommenschaft aus solchen Ehen bedarf vor ärztlichem Forum keiner genaueren Schilderung. Die Mehrzahl der Aerzte hat aus eigener Erfahrung dasselbe an seinen Patienten in dieser oder jener Form auf's Anschaulichste kennen lernen können, so dass vom ärztlichen Standpunkte die keinen Widerspruch duldende Forderung aufgestellt werden muss:

Keine im condylomatösen Stadium befindliche Person darf heirathen und ist die Heirath, auch wenn beide Theile sich in dieser Krankheitsperiode der Syphilis befinden, durchaus unstatthaft, denn im letzteren Falle ist auf die eventuelle Nachkommenschaft mehr Rücksicht zu nehmen, als auf die Gefahrlosigkeit der Eheschliessung für beide Nupturienten.

Diese theoretische Forderung der Aerzte ist auf Grund der für die Ehen unter den Lutheranern bestehenden Bestimmungen der russischen Gesetze praktisch erreichbar.

Die Nothwendigkeit der ärztlichen Einsprache in dieser Frage, in welcher nach der usuellen Auffassung nur die Verlobten, deren Eltern, der Geistliche und solche Personen mitzusprechen haben, die an einen der Verlobten ältere geschlechtliche Ansprüche haben, geht aus dem Art. 741 des I. Theils des XI. Bandes des Reichsgesetzes Ausgabe 1857 hervor, durch welchen der Geistliche gehalten ist «Gebrechliche» und an «wesentlichen körperlichen Uebeln» Leidende von dem Eintritt in die Ehe abzuhalten und dieselbe als verboten zu betrachten hat, wenn solche kranke Personen laut ärztlichem Zeugniss zu derselben für unfähig erklärt worden sind.

Der Art. 741 lautet in extenso:

«Die Prediger sind verbunden mit möglichster Sorgfalt von dem Eintritt in die Ehe abzuhalten: Gebrechliche, mit unheilbaren Krankheiten Behaftete oder an wesentlichen Uebeln Leidende, Blödsinnige und überhaupt alle zur Ehe und Haushaltung Unfähige. Wenn jedoch solche Personen durchaus in die Ehe zu treten wünschen, so ist der Prediger verbunden, vor dem Aufgebote darüber mit Auseinandersetzung aller Umstände dem Consistorium zu berichten, welches das Gutachten der competenten Behörde einholt und dasselbe dem Prediger mittheilt. Uebrigens kann solchen Personen der Eintritt in die Ehe nur dann verboten werden, wenn sie nach gehöriger Untersuchung und laut ärztlichem Zeugniss zu derselben für unfähig erklärt worden sind und wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können.»

Nach diesem Artikel ist der Geistliche verpflichtet von dem Gesundheitszustande der zur Ehe sich Meldenden Notiz zu nehmen. Da er zum Urtheil über den Gesundheitszustand derselben nicht die nöthige Competenz hat, so folgt aus diesem Artikel schon die Nothwendigkeit eines ärztlichen Zeugnisses, erst recht aber, wenn berücksichtigt wird, dass es sich um Eheschliessungen in einem Culturlande handelt, in welchem die Verbreitung der Syphilis eine so bedeutende ist, dass zur Bekämpfung derselben ausserordentliche Maassnahmen, wie der ge-

plante Congress, erforderlich sind, und wenn man bedenkt, dass Bräutigam oder Braut trotz blühenden Aussehens sich im condylomatösen Stadium der Krankheit befinden können, welches vom ärztlichen Standpunkt die Ehe unbedingt verbietet.

Diese Verantwortung, welche dieser Artikel dem Geistlichen auferlegt, kann er bei gewissenhafter Auffassung seiner Pflichten nur nach Einholung eines ärztlichen Zeugnisses tragen. Bestätigt ein solches die Gesundheit der Verlobten, so fällt die Verantwortung auf den Arzt. Besagt das ärztliche Zeugniss, dass Einer der Verlobten oder Beide wegen Krankheit zur Ehe unfähig sind, so wird auf Grund dieses Artikels die Ehe ihnen seitens des Consistoriums erst verweigert, nachdem das Gutachten der competenten Behörde eingeholt worden ist, also eine Begutachtung durch eine ärztliche Commission erfolgt ist. Hiermit ist der mit dem ersten ärztlichen Zeugniss Unzufriedene vor der Ungunst ärztlicher Irrthümer im Bereich des Möglichen geschützt.

Auf Grund des erörterten Artikels ist nach dem Gesagten der Geistliche, sobald ihm bekannt ist, dass eine Krankheit vorliegt, welche, ohne dass sie dem Laien an dem gesund Aussehenden auffällt, nach competenter Meinung die Ehe verbietet, verpflichtet ein ärztliches Gesundheitszeugniss zu fordern, bevor er den Eintritt in die Ehe gestattet. Der Schluss des Artikels: «und wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können», macht jedoch scheinbar die Forderung eines ärztlichen Zeugnisses in ihrer Wirkung illusorisch. Hiernach könnten Syphilitische ganz ungehindert heirathen, falls man annimmt, dass sie ihre Familien ernähren können. Man bedenke nur, wie wenig der Vermögensstand der Eltern im Stande ist, den Staat davor zu schützen, dass die Nachkommenschaft der Eltern nicht etwa dem Staate zur Last fallen könnte, und berücksichtige, eine wie imbecille Nachkommenschaft durch syphilitische Eltern erzeugt wird, und man wird sich sagen müssen, dass vom ärztlichen Standpunkte es nicht zu billigen wäre, wenn im condylomatösen Stadium der Lues Befindlichen die Ehe nur deshalb nicht untersagt werden dürfte, weil nicht erwiesen ist: «dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können.» Zudem ist ja nach der ärztlichen Anschauung dem Luetischen das Heirathen nicht für immer zu verbieten, sondern nur hinauszuschieben, bis zum Ablauf des condylomatösen Stadiums. Solches ist auf Grund des Artikels 741, wie oben gezeigt worden ist, erreichbar.

Sind die Prediger demnach gehalten, Gebrechliche, welche ihr Leiden vor einander nicht verheimlichen, vom Eintritt in die Ehe abzuhalten, so dürfen sie sich erst recht dieser Pflicht nicht entziehen in den Fällen, in welchen der eine Theil vor dem andern aus Unwissenheit Leichtsinn oder Böswilligkeit seine ansteckende, ekelhafte Krankheit verheimlicht. Bei Verletzung dieser ihm durch Art 741 auferlegten Pflicht würde er sich zum Mitschuldigen an dem Unglück machen, das den betrogenen Gatten unfehlbar treffen muss, sei es nun, dass die oder der ahnungslos Inficirte sein Leben lang das Ehejoch weiterträgt, mit dem Vorwurf im Herzen durch die Schuld des Gatten sich selbst und Anderen zum Ekel geworden zu sein, — oder sei es, dass er von den Artikeln 251 und 260 des Reichsgesetzes Gebrauch macht, die ihn berechtigen, die Scheidung zu verlangen und den Prediger verpflichten, ihm die Scheidung zu gewähren. Diese Artikel lauten Art. 251: «Gesetzliche Gründe zur Scheidung sind: 5) unheilbare ansteckende Krankheit» . . . . . . 7) «Lasterhaftes Leben» . . . . . . Art. 260: «Ehen werden auch auf Ansuchen des einen Theils getrennt, wenn der andere mit einer unheilbaren ansteckenden oder einer sehr widerlichen Krankheit behaftet ist, die er vor Schliessung der Ehe nicht gehabt oder verheimlicht hat».

Der Prediger könnte somit nach Sanctionirung einer Ehe ohne vorherige Forderung eines ärztlichen Zeugnisses in die Lage kommen, eine solche Ehe wieder scheiden zu müssen. Das wäre für ihn sehr misslich und entspricht nicht den ihm schon gesetzlich auferlegten Pflichten.

Art. 737. «Die Prediger müssen diejenigen Personen, die sich verloben wollen, auf die nothwendigen Erfordernisse und gesetzlichen Hindernisse der Ehe aufmerksam machen und vor dem Aufgebote und der Trauung sich, soweit es möglich ist, überzeugen, dass der beabsichtigten Ehe keine Hindernisse im Wege stehen».

Wie sehr das Gesetz die Wichtigkeit dieses Punktes betont, geht hervor aus dem Folgenden:

Art. 738: «Wenn der Prediger in dieser Hinsicht irgend einen Zweifel hegt, so muss er sich bei einem Propst oder Superintendenten Raths holen, in sehr wichtigen Fällen die Entscheidung des Consistoriums nachsuchen».

Noch viel misslicher als die Lage des Predigers, der eine von ihm vollzogene Eheschliessung hat aufheben müssen, weil er nicht rechtzeitig die gesetzlichen Hindernisse der Ehe berücksichtigt hat, ist die Lage eines Gatten oder einer Gattin, die aus der Ehescheidung mit einer durch die Ehe acquirirten Lues hervorgeht, und die Lage des Predigers, der durch rechtzeitige Forderung eines ärztlichen Zeugnisses diesem Unglück hätte vorbeugen können, solches aber verabsäumte.

Nach all' dem Gesagten kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der Sinn der angeführten Gesetzartikel, in welchen man unmöglich ein Krankheitsregister nach den pathologischen Bezeichnungen erwarten und daher auch nicht vermissen kann, einen die Ehe nicht verbietenden Gesundheitszustand der Nupturienten fordert. Nach dem Sinne aller angeführten Artikel kann der Wortlaut des Bedingungssatzes im Artikel 741: «wenn überdies erwiesen ist, dass sie sich auf keine Art mit einer Familie ernähren können» unter keiner Bedingung für solche Ehestandscandidaten Gültigkeit haben, deren Einer vor dem Andern seine recente Syphilis verheimlicht. Er gilt allenfalls nur für solche, die genau den Gesundheitszustand ihres Conupturienten kennend, trotz dieses Zustandes die Ehe wünschen.

Als Resumé der vorliegenden Auseinandersetzungen ergeben sich folgende Sätze:

Die recente Syphilis ist eine Krankheit, welche zur Ehe unfähig macht.

Der Geistliche hat dafür zu sorgen, dass zur Ehe Unfähige eine solche nicht eingehen. Da der Geistliche nicht in der Lage ist, von sich aus zu entscheiden, ob jemand durch recente Lues zur Ehe unfähig ist, so hat er die Pflicht von den Nupturienten ein ärztliches Zeugniss zu fordern, das ihm Aufschluss über den Gesundheitszustand seiner Ehefähigkeit giebt.

Falls das ärztliche Zeugniss den Nupturienten als mit recenter Syphilis behaftet bezeichnet, hat der Prediger nur in dem Falle das Recht ihn zu trauen, wenn der andere Theil den Gesundheitszustand des Nupturienten kennend, trotzdem mit ihm die Ehe zu schliessen verlangt.

Die angeführten, gesetzlich wohlbegründeten Sätze können in praxi nur dadurch zur Geltung gelangen, dass die Prediger von Personen, welche eine Ehe eingehen wollen, ein ärztliches Zeugniss über deren Gesundheitszustand verlangen und dass die Aerzte in ihren Zeugnissen die im recenten Stadium der Syphilis Befindlichen als unfähig zur Ehe bezeichnen.

Die im Obigen auseinandergesetzte Auffassung des Sinnes der bezüglichen Kirchengesetze steht, wie mit der logischen Schlussfolgerung, die sich aus diesen Sätzen ergiebt, so auch mit folgenden Artikeln des Reichsge-

setzes Bd. XIII, Art. 733, Ausgabe 1892 und Band XV Art. 103 des Friedensrichterstrafgesetzbuches vollständig im Einklang. Artikel 733 lautet: «Jeder, der mit einer ansteckenden oder sonstigen infectiösen Krankheit behaftet ist, muss sich hüten, irgend etwas zu thun, was diese Krankheit auf einen Andern übertragen könnte».

Artikel 103 lautet: «Für die Uebertragung einer durch Unzucht entstandenen ansteckenden Krankheit unterliegen die Schuldigen einem Arrest von nicht mehr als 2 Monaten oder einer Geldstrafe nicht höher als 200 Rbl.»

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1253. Sitzung am 18. December 1895.

1) Dr. Hörschelmann stellt dem Verein einen an Noma auris leidenden kleinen Patienten von 3½ Monaten vor. Die Eltern gehören zur armen Klasse der Bevölkerung, bewohnen jedoch eine trockene, gute Wohnung. — Das Kindchen wird von der Mutter gestillt; es ist das erste Kind und war bisher stets gesund. — Am 15. December stellte die Mutter den Pat. Ref. in der Ambulanz des Nicolai-Kinderhospitals vor. — Pat. war 3 Tage vorher plötzlich ohne nachweisbare Ursache erkrankt mit Fieber und grosser Unruhe. — Das rechte Ohr fing an zu schwellen, die Umgebung röthete sich. — Bei der Untersuchung zeigte das mit ziemlich starker Schädelrhachitis behaftete Kind an den inneren Organen nichts Abnormes. Die rechte Concha auris war sehr stark geschwellt, der meat. aud. durch die Schwellung verlegt, die mittlere Partie der geschwollenen Theile in eine schwarze brandige Masse verwandelt. — Die Umgebung des Ohr's geröthet, infiltrirt. — Nach Entfernung der necrotischen Partie an der Oberfläche erwies es sich, dass der ganze Gehörgang brandig zerstört war bis zum Felsenbein, welches unten am Boden der trichterförmigen Wunde entblösst vorlag. — Die Wandungen dieses Trichter's waren in eine stinkende, mortificirte, homogene Masse verwandelt. Ernährungszustand des Kindes war verhältnissmässig gut. — Bis zur Demonstration am 18. Dec. hatte die gangränöse Zerstörung nach allen Seiten in der Breite zugenommen, so dass nun auch schon der proc. mastad. freigelegt war.[1])

An der Hand eines Vortrages von Prof. Ranke bespricht Ref. die Frage, ob es sich bei Noma um eine einfache oder um eine specifische mikroparasitäre Gangrän handelt. Die meisten französischen Aerzte der früheren, so wie auch der neuesten Zeit, (Saviard, Poupart, Martin, Baron, and Billard, Barthez und Rellies, d'Espièce und Picot) sprechen sich entschieden gegen eine Contagiosität aus; auch deutsche Aerzte, wie Richter, Bruns haben keine directe Uebertragung beobachtet, andere wie Siebert und Löschner neigen aber mehr zur Ansteckungsfähigkeit, wenn auch nicht direct, so doch wenigstens durch Erzeugung eines Ansteckungsstoffes. — Alle Autoren aber betonen die Nothwendigkeit einer gewissen Disposition zur Erkrankung an Noma, sei dieselbe entstanden in Folge von vorhergegangenen infectiösen Krankheiten, wie namentlich Masern, sei es, dass es sich um durch schlechte Ernährung oder andere ungünstige hygienische Verhältnisse herabgekommene Kinder handelt.

Für eine specifische Affection spräche einerseits das von vielen Autoren beobachtete gehäufte Vorkommen von Noma, namentlich in Anstalten, andererseits die eigenthümliche Localisation derselben meist an den Schleimhäuten, da, wo äussere Haut und Schleimhaut aneinander grenzen, so im Munde, dem Ohr.

Ranke's Infectionsversuche an Kaninchen (Einbringung von brandigen Gewebestücken in Hauttaschen) blieben insofern erfolglos, als die Thiere wohl im Verlauf von 6—14 Tagen an Sepsis zu Grunde gingen, jedoch nicht Gangrän erzeugt wurde.

Die pathol. anatom. Untersuchungen ergaben neben anderen Befunden, welche sehr an die von Koch beschriebene, durch einen Kettenkokkus hervorgerufene progressive Gewebsnecrose bei Feldmäusen erinnern, in den homogen veränderten Gewebstheilen und an den Grenzen derselben massenhafte Bacterien, und zwar fast ausschliesslich Kokken, theils zu zweien, theils zu kurzen Ketten von höchstens 8. Gliedern vereinigt, fast in Reinkulturen.

Auf die Versuche Kussmaul's hin injicirte Ranke Kaninchen Chloroform in die Cruralarterie. In den consecutiv nekrotisch zerfallenen Muskeln konnte Ranke keine Bacterien finden. Als Folge davon scheint ihm der Gedanke naheliegend, dass es sich bei Noma wohl um das Eindringen mikroparasitärer Keime handeln könnte.

Für den vorliegenden Fall erscheint es Ref. von Interesse, dass es sich um ein bisher gesundes, weder durch eine acute Erkrankung noch durch sonstige Verhältnisse herabgekommenes Kind handelte, das Auftreten des Noma daher nicht recht zu erklären war. — (Autoreferat).

1) Der kleine Pat. ist inzwischen am 24. Dec. gestorben.

Discussion.

Herr Lunin weist auf die experimentalen Untersuchungen Woronichin's hin, welche anscheinend darauf hindeuten, dass bei der Entstehung des Noma auch nervöse Einflüsse von Bedeutung sein könnten:

Woronichin gelang es durch Durchschneidung der zu der Wangenschleimhaut ziehenden Nerven bei Thieren Noma ähnliche Weichtheilgangrän zu bewirken. — Bezüglich der Frage einer etwaigen Contagiosität des Noma, meint Herr Lunin, dass ihm eine solche bei seinem recht grossen Krankenmaterial, darunter auch zahlreichen Nomafällen recht unwahrscheinlich erscheine.

Herr Anders hat desgl. recht viel Nomafälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, jedoch ebenso wenig wie der Vorredner irgend welche Anhaltspunkte für die Uebertragbarkeit der Krankheit gewinnen können, niemals ist es vorgekommen, dass Kinder an Noma im Hospital erkrankt wären, stets werden dieselben schon mit der Krankheit behaftet in das Hospital gebracht. Des Weiteren kämen gar nicht selten Fälle vor, wo die Krankheit sich anscheinend ganz spontan, nicht in Folge einer vorangegangenen Infectionskrankheit entwickelt. Am häufigsten beobachte man Noma der Genitalien, der Wangen, Lippen und Mund-Gegend. — Die Localisation der Gangrän im vorliegenden Falle in der Umgebung des Ohres müsse entschieden als eine seltene bezeichnet werden.

Herr de la Croix hat vor Kurzem einen Erwachsenen obducirt, bei welchem eine an Noma erinnernde Gangrän der Lippe bis auf die Substanz des Unterkiefers mit Zerstörung des Periost vorlag. Es handelte sich um cachectisches stark heruntergekommenes Individuum mit stark cariösen Zähnen, wodurch es nicht unwahrscheinlich wird, dass hierselbst sich die Weichtheilgangrän an eine primäre Nekrose des Kiefers angeschlossen haben mag.

Herr Hörschelmann. Gegen die Deutung des Thierexperimentes Woronichin's kann von klinischer Seite eingewandt werden, dass demzufolge Gesichtsoperationen an Kindern, bei welchen sicherlich so manches mal Nervenverletzungen vorkommen dürften, stets Noma im Gefolge haben müssten, was thatsächlich nicht der Fall ist. — Hinsichtlich der Frage einer etwaigen Contagiosität des Noma stellt sich Ref. vollständig auf den Standpunkt seines Vorredners, auch er hat in der Hospitalpraxis keinen Hinweis für eine solche finden können. Auf seinen eben demonstrirten Fall zurückkommend, glaubt er für denselben eine ernste Prognose stellen zu müssen, einen günstigen Verlauf nehmen seiner Beobachtung nach die Fälle von Noma der Genitalien und dort, wo die Krankheit in der Form multipler Hautgangrän auftritt.

2) Herr Assmuth referirt den Verlauf eines von ihm behandelten Falles von inveterirter Strictur der Harnröhre.

Es handelt sich hierbei um einen Herrn von 60 Jahren, welcher mit einer alten, sehr engen Strictur der Harnröhre behaftet war. Da das einfache Dehnungsverfahren bei alten und hochgradigen Stricturen sehr ermüdend ist und nur langsam zum Ziele führt, auch der Pat. rasch von seinem Uebel befreit sein wollte, so entschied sich Ref. von einer länger dauernden Sondenbehandlung abzusehen, und das von ihm schon öfter geübte energischere Verfahren von Le Fort einer forcirten Auseinanderzerrung der Strictur in Anwendung zu bringen. Das hierbei verwandte Instrument besteht aus einer feinen elastischen Bougie filiforme, welches von der Spitze zur Basis hin allmählich dicker werdend in einen Metallkegel ausläuft, welcher wiederum durch ein Schraubengewinde an einer gewöhnlichen Metallleitsonde befestigt wird. — Bei Einführung des Instrumentes passirt zunächst das feine elastische Bougie die Strictur, durch weiteres Vorschieben des Instrumentes folgt demselben der Metallkonus, welcher bei seinem Durchpassiren die Fasern der Strictur auseinanderzerrt — und dadurch dieselbe erweitert. Vor der Benutzung wurde das Instrument, welches direct von dem Instrumentenmacher gebracht worden war, von dem Ref. einer genauen Inspection unterworfen, und für gut befunden. Auch gelang die Einführung desselben über die Strictur hinaus mit einem Metallkonus von № 8. Charrière ganz anstandlos, nur hatte Ref. die Empfindung, als kratze das Instrument an einem Steine vorbei. Als nun das Instrument zurückgezogen wurde, so kam nur die Leitsonde mit dem angeschraubten Metallkonus heraus, das Bougie war von demselben abgerissen und jenseits der Strictur in der Urethra oder Blase verblieben.

2 Tage darauf führte Ref. an dem Pat. die Urethrotomie aus, dabei erwies es sich, dass der Pat. in der Pars prostatica urethrae hinter der Strictur peripher vom Corpus gallinaginis ein Harnröhrendivertikel besass, welches mit 9 grösseren und kleineren Urophosphatsteinen ausgefüllt war. Die Entfernung der Steine erwies sich als recht schwierig, das Auffinden des Bougie in der Harnblase ganz wider Erwarten sehr leicht . .

Was die Entstehung der Harnröhrendivertikel anbetrifft, so sind dieselben höchst selten angeboren, fast stets erworben. Auch hier weist die Beschaffenheit der Steine, primäre Urate

mit secundärer Phosphatablagerung, darauf hin, dass dieselben von höher her stammend, oberhalb der Strictur in der durch Urinstauung entstandenen Ampulle der Harnröhre liegen geblieben waren und daselbst ihre Phosphathülle erhalten hatten. Die Anwesenheit und das Wachsthum der Steine erklärt auch zur Genüge die Entstehung des Divertikels.

Die Urethrotomie war in diesem Falle unbedingt indicirt, da das in der Blase verbliebene Bougie bestimmt den Kern eines Steines abgegeben hätte. (Demonstration eines vom Ref. aus der Blase entfernten ca. Taubeneigrossen Steines, in dessen Centrum ein Bougie belegen ist, welches ca. 1 Jahr in der Blase verweilt, und daselbst die Steinbildung bewirkt hatte).

3) Herr Moritz spricht über die jetzt allgemein geübte Therapie der Hyrocele testis, die Radicaloperation derselben, und ihre Resultate im Vergleich zu der Punction der Hydrocele und nachfolgender Jodinjection, wie sie früher ganz allgemein verbreitet war, bis Volkmann 1876, ermuthigt durch Listers bahnbrechende Lehren, die Eröffnung der Hydrocele durch das Messer empfahl. Letzteres Verfahren gilt jetzt als das Normalverfahren und hat die Jodbehandlung völlig in den Hintergrund gedrängt. Eine Revision der einschlägigen Krankengeschichten aus dem Deutschen Alexander-Hospital hat jedoch in dem Ref. den Eindruck erweckt, dass das neuere Schnittverfahren vor dem älteren, der Jodbehandlung nichts voraus habe, im Gegentheil dem Kranken grössere Gefahr durch die Narkose, grössere Schmerzen, längeres Kranksein und erheblichere Kosten durch Hospitalaufenthalt und Verbandstoffe verursache.

Es standen Ref. 33 Krankengeschichten mit 36 Operationen durch Schnitt zu Gebote, darunter 3 doppelseitige Hydrocelen, mit einem Spitalaufenthalt von durchschnittlich 38 Tagen, 30 einseitige Hydrocelen mit 20 Tagen. Von den 33 Operirten sind als in der angegebenen Zeit ganz geheilt entlassen 4 Pat., fast geheilt 7, mit flach granulirenden Wunden 17, ambulatorisch weiter behandelt 5 Kranke. Weiter zeigen die Krankengeschichten, dass 11 der Pat. mehr weniger hoch gefiebert haben, 2 mal sind Nachblutungen, darunter 1 mal bei einem Haemophilen notirt. Als weitere Complicationen wurden angegeben 3 mal Jodoformerytheme, 4 mal Eiterung, 1 mal Harnverhaltung, 1 mal mehrtägiges Erbrechen, 1 mal schlechte Narkose, 3 mal starke Schmerzen. Unter allen Operirten befanden sich nur 2, bei welchen wegen eines Recidives operirt wurde, im 1. Falle nach Punction der Hydrocele, mit Chloroforminjection, im 2. Falle nach einfacher Incision.

Vergleicht man damit die Resultate der Jodbehandlung wie sie früher geübt wurde, so scheint die letztere keine schlechteren Resultate gegeben zu haben; beispielsweise erwähnt Ranald Martin, dass er bei Jodinjection unter 2393 Fällen weniger als 1 pCt. Misserfolge gesehen habe; ebenso will Busch bei Anwendung der Lugol'schen Lösung meist in 34 Tagen Heilung beobachtet haben; ähnliches berichtet Kocher nach Injection reiner Jodtinctur.

Ref. ist der Ansicht, dass auf Grund der vergleichenden Statistik die Punction der Hydrocele mit nachfolgender Injection Lugol'scher Lösung in allen Fällen einfacher Hydrocele als das Normalverfahren hingestellt werden muss. Die Radicaloperation soll für solche Fälle reservirt werden, wo entweder Recidive eingetreten sind oder, wo anderweitige Bedingungen vorliegen, welche eine genauere Inspection des erkrankten Organs wünschenswerth erscheinen lassen.

Discussion.

Herr Lingen hat früher nur die Punction und Jodinjection geübt, und kann darüber nur Gutes berichten.

Herr Tiling hat wenig Injectionen ausgeführt, meist als Normalverfahren die Schnittoperation mit Exstirpation des Hydrocelensackes nach Bergmann geübt, wofür er durchschnittlich 10 Tage Hospitalsaufenthalt beansprucht, also nur 2—3 Tage mehr, als nach der Jodinjection, nach welcher auch zuweilen ein recht hoher Temperaturanstieg vorkommen kann. Bei einem solchen Verfahren sind Recidive ganz unmöglich.

Stellt man den Kranken ein entschieden sicheres nur wenig Tage länger dauerndes Verfahren in Aussicht, gegenüber einer kürzeren, aber auch weniger aussichtsreichen, wie die Jodinjection, so zeigt die Erfahrung, dass sich die Pat. stets für die Radicaloperation entscheiden. Günstige Chancen giebt anscheinend die Jodinjection bei jüngeren Individuen, mit frisch entstandener Hydrocele, bei älteren Leuten mehren sich die Recidive, und bei Greisen bei denen namentlich zuweilen Hydrocele haemorhag. chron. (Kocher) beobachtet wird, ist das Jodverfahren direct contraindicirt; ja es scheint als ob die Entstehung der H. haemorh. chron. gerade durch häufige Jodinjection begünstigt werde.

Hinsichtlich der Narkose wäre darauf hinzuweisen, dass eine solche auch bei der Jodinjection unter Umständen geboten sein kann. — Bei der Radicaloperation komme man sehr gut mit Cocaininjection aus, da ja mit Ausnahme des Hautschnittes nur die Manipulationen am Hoden als sehr schmerzhaft angegeben werden.

Herr Assmuth weist auf die Lückenhaftigkeit der Statistiken in der Hydrocelenfrage hin, da ja sicherlich ein grosser Theil der Pat. nicht weiter controllirt werden könne. Zu allgemein scheint es ihm, als kämen nach der Punction und nachfolgenden Injection von Jod, Sublimat, Alkohol, Chloroform etc. Recidive nicht selten vor, während er nach Schnittoperationen selbst ohne Entfernung des Hydrocelensackes keine Wiederholungsfälle beobachtet hat.

Herr Anders. Die Hydrocele bei Kindern, namentlich bei kleinen Kindern bildet sich oft spontan zurück. Im Uebrigen vertragen Kinder die Jodinjection sehr schlecht, und reagiren mit starker Schwellung und Fieber, während die Schnittoperation vorzügliche Resultate ergiebt.

Herr Schmitz bestätigt diese Angaben, er hat bei Kindern unter ½ Jahr die Hydrocele fast stets spontan schwinden gesehn. — Nach Jodinjection kommen auch bei Kindern oft Recidive vor, infolgedessen müsse auch in der Kinder-Chirurgie die Radicaloperation zum Normalverfahren erhoben werden.

Herr Moritz. Selbst nach der ungünstigsten Statistik dürften nach Jodinjectionsbehandlung höchstens 20 pCt. der Fälle recidiviren. Diese Ziffer allein würde es rechtfertigen dass man von der gefährlicheren Operation durch Schnitt absieht, und auf das Risiko hin in 20 pCt. der Fälle Recidive zu erleben, die Jodbehandlung zum Normalverfahren erklärt, selbstverständlich mit der im Vortrage erwähnten Einschränkung.

Herr Tiling giebt zu, dass auch König in der Jodbehandlung die Normaltherapie erblickt.

Director: Dr. v. Lingen.
Secretair: Dr. Westphalen.

Gustav Hermann Cantzler †.

Am 22. Januar a. c. starb in seinem 90. Lebensjahre Gustav Hermann Cantzler an Altersschwäche. Schon seit 10 Jahren hatte er sich mehr und mehr von jeder öffentlichen Thätigkeit und Geselligkeit zurückgezogen, ja in den letzten Jahren hatte ihn kaum Jemand ausser seinen Verwandten und den ihn behandelnden Aerzten gesehen, so dass dieser früher so von Allen gekannte und gesuchte Arzt der jetzt lebenden Generation kaum dem Namen nach bekannt zu sein schien. Freilich die Menge der Leidtragenden, die am 25. Januar die Katharinenkirche füllten und dann dem Sarge folgten, zeigte, dass die dankbare Erinnerung an ihn noch lebte. Da hörte man unter diesen Leidtragenden rühmen seine Erfolge und seine Treue, mit der er so und soviel Jahrzehnte im eignen Hause oder im Hause der Eltern ärztliche Hülfe geleistet hatte. Ja, Cantzler konnte mit grossen Zahlen rechnen. Geboren im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts, 1806, starb er im letzten. Das ärztliche Diplom erhielt er 1828 an der hiesigen medico-chirurgischen Akademie. 31 Jahre zählt sein Dienst am Marien-Magdalenenhospital und zwar von 1831—41 als jüngerer, von 1841—51 als älterer Ordinator und von 1851—62 als Oberarzt. — 56 Jahre lang war er Director des Rhodokonakischen Kinderasyls, von 1840 bis zum Tode und 55 Jahre lang gehörte er dem deutschen ärztlichen Vereine an, von 1841 bis zum Tode. In demselben war er von 1866—74 Director. Er war das einzige Mitglied dieses Vereins, welches alle 3 Jubiläen — das 25-, 50- und 75-jährige — erlebte. Natürlich geben diese grossen Zahlen allein keinen Maasstab für den Werth der Thätigkeit dieses Mannes, ebensowenig wie die Zahl der Sterne und Kränze, die ihm verliehen wurden. Aber diesen Verleihungen entsprechen wirkliche Leistungen, und diese grossen Zeiträume waren ausgefüllt von wirklicher, ernster, erfolgreicher Arbeit. Das Marien-Magdalenenhospital verdankt ihm viel. Unter seiner und dann seines Nachfolgers Leitung, gewann dieses kleinste der Stadthospitäler eine Bedeutung, die ihm der Bettenzahl nach nicht zukam.

Ein ganz besonderes Verdienst Cantzlers besteht darin, dass er die sogenannten physikalischen Untersuchungsmethoden, die Percussion und Auscultation unter den Petersburger Aerzten zuerst ausübte und sie kennen lehrte. Er hatte dieselben im Auslande kennen gelernt und sich von ihrem Werth überzeugt. Daher wurde er hier von den damaligen Koryphäen des ärztlichen Standes die diese Methoden nicht kannten schon als ganz junger Mann zu Consultationen begehrt und in den Verein gewählt. Die Vorträge, die er im Vereine hielt, bezogen sich meistens auf dieses Thema, so ein grosser Vortrag im Jahre 1843 «Ueber den Werth der physikalischen Diagnostik mit besonderer Bezugnahme der Lungentuberkulose». Ferner 2 Vorträge, «Ueber Venengeräusche» etc.

Cantzler war ein hervorragender praktischer Arzt. Seine Erfolge am Krankenbette, seine gewissenhafte Treue in der Erfüllung seiner Pflichten als Hausarzt, dabei seine Ehrenhaftigkeit und vornehme Gentilität erwarben ihm Anerkennung und Dank und Hochachtung in den breitesten Schichten der Gesellschaft und durch ihn gewann der ganze ärztliche Stand in den Augen dieser Gesellschaft. Daher gebührt ihm neben allen Dankesbezeugungen von Seiten seiner gewesenen Kranken auch der aufrichtigste und wärmste Dank der Collegen.

Geheimrath Dr. Carl von Lingen †.

Als die Deutschen Aerzte unserer Residenz am Sarge Ihres ältesten Collegen Dr. Herrmann Cantzler versammelt waren, um ihm die letzte Ehre zu erweisen, vermisste man den ältesten der Ueberlebenden, der zugleich als nächster Freund den Verstorbenen in seiner ärztlichen Obhut gehabt hatte. Mit Bestürzung erfuhr man dort, dass Dr. Carl v. Lingen den 23. Januar an einer Kopfrose erkrankt sei. Die Besorgnisse, welche natürlich eine so ernste Krankheit bei dem hohen Alter Lingens erwecken musste, — schienen sich jedoch allmälig zu beruhigen, sein kräftiger und arbeitsgewohnter Körper schien den Sieg davon zutragen über die Infection;— es ging besser, am 2. Februar fand man ihn bereits ausser Bett, Freunde mit gewohntem Humor empfangend. Aber schon am folgenden Tage musste er sich wieder legen wegen Fieber, das rasch anstieg und als dessen Ursache sich eine infectiöse Nephritis erwies, — man fand die bekannten Streptococcen im Harnsediment — und selbstredend wurde nun die Prognose absolut ungünstig. Noch einmal zeigte sich ein geringer Hoffnungsschimmer, — dann trat eine linkseitige Parotitis und Recidiv des Erysipels an Pharynx, Gesicht und Hals dazu und unter allmäligem Sinken der Kräfte starb unser hochverehrter und vielgeliebter alter Freund am 21. Februar. Er wusste, dass es mit ihm zu Ende ging, er klagte nicht darüber und hatte für seine Familie, seine Aerzte und Freunde so lange sein Bewusstsein klar war, stets dieselbe ruhige Freundlichkeit bereit.

Geheimrath Dr. Carl v. Lingen war trotz seines hohen Alters noch nicht aus den lebendigen Wechselbeziehungen mit seinen Mitbürgern ausgeschieden. Obzwar er sich von einigen besonders exponirten Stellungen zurückgezogen hatte, bewahrte er bis zuletzt ärztliche Functionen in manchen befreundeten Häusern, ebenso war er noch Consultant für die Anstalten der Kaiserin Maria und betheiligte sich rege an allen idealen Bestrebungen unserer Deutschen St. Petersburger Gesellschaft. Als Mitglied oder Präsident functionirte er an Verwaltungen von Kirchen, Schulen, Hospitälern, Wohlthätigkeits-Anstalten; der Deutsche Aerztliche Verein verliert mit ihm seinen vieljährigen Präsidenten.

Lingen's äussern Lebensgang entnehmen wir einem von Freundeshand geschriebenen Necrolog der D. St. Petersb. Zeitg.

Er war den 18. Juni 1817 hier in St. Petersburg als Sohn des Kaufmanns Magnus v. L. geboren und bezog 1835 II. die Universität Dorpat, wo er sich dem Studium der Medicin widmete. Lingen trat in die Corporation Estonia ein, deren beliebtes Mitglied er bald wurde, um es für immer zu bleiben. Seine Betheiligung an einem Ehrenhandel, in welchem er als Sekundant fungirt hatte, so viel wir wissen, machte leider seinem Dorpater Studium schon 1837 ein vorzeitiges Ende. Er ging darauf an die medico-chirurgische Academie hierselbst, aber empörende Vorgänge veranlassten ihn seine Uebersiedelung nach Berlin durchzusetzen. In Berlin wurde L. 1842 Dr. med., machte dann das Jahr darauf in St. Petersburg das Arzt-Examen und fünf Jahre später promovirte er auch in St. Petersburg zum Dr. med. Nachdem er 1843 als supernum. Ordinator im St. Peter-Pauls-Hospital seinen Dienst begonnen hatte, ging er das Jahr darauf an das Marien-Magdalenen-Hospital, dem er von dann an seine Lebensarbeit gewidmet hat, bis ihn vor wenigen Jahren der neue Wind veranlasste von seinem, seit einem Menschenalter mit hohen Ehren bekleideten Posten als Oberarzt dieses grossen und wichtigen Hospitals, den er seit 1863 bekleidet hatte, zurückzutreten. Neben seiner Hospital-Arbeit versorgte Lingen, schon um seinen Lebensunterhalt zu gewinnen, den in früheren Zeiten die Gagen der Hospitalärzte nicht gewährten, eine grosse Privatpraxis. Er war bei seinen Patienten, die nicht nur seine ärztliche Tüchtigkeit und unvergleichliche Erfahrung, sondern auch seine menschlichen liebenswürdigen Eigenschaften zu würdigen wussten, äusserst beliebt. Nebenbei war der überaus elastische und arbeitsfähige Mann im Stande, auch noch andere Aemter zu bekleiden. So war er von 1860—65 zugleich Arzt am hiesigen Zollamt, von 1851—68 Director der Kleinkinder-bewahranstalt des hl. Wladimir, von 1860—63 Arzt an der Ammenanstalt des Grafen Kuschelew-Besborodko und von 1869 an Mitglied des medico-philanthropischen Comités. Er hatte alle russischen Orden bis zum Wladimir-Stern II. Cl.

Lingen's Haus war, seit er in der einzigen Tochter des grossen Naturforschers Academikers K. E. v. Baer die Lebensgefährtin gewonnen, ein Mittelpunkt edler, geistbelebter Geselligkeit, eines Umgangskreises, der sich durch Koryphäen der Wissenschaft und hervorragende, bedeutende Männer und Frauen beneidenswerth reich und schön gestaltete.

Im Kreise der Aerzte unserer Residenz hat Lingen seit vielen Jahren eine hervorragende Stellung eingenommen. Als am 17. Januar 1888 das 25-jährige Jubiläum seiner oberärztlichen Thätigkeit am Marien-Magdalenen-Hospital gefeiert wurde, — wurden ihm allseitige warmgefühlte, zum Theil stürmische Ovationen gebracht. Es darf dreist ausgesprochen werden, dass unter allen seinen ärztlichen Coaetanen kein einziger war, der in gleichem Masse das Vertrauen und die Liebe der Collegen genoss, so dass er 1887 nach Herrmanns Abgang einstimmig zum Präsidenten (Director) des Deutschen ärztlichen Vereins gewählt und auf diesem Posten bis jetzt auf allgemeines dringendes Verlangen zurückgehalten wurde, obgleich er wiederholt — weil er glaubte nicht mehr zu genügen — demissioniren wollte. Sein 50-jähriges ärztliches Jubiläum, welches als internes Fest des Vereins am 5. April 1894 gefeiert wurde, gestaltete sich zu einer begeisterten Freundschaftskundgebung, welche allen Theilnehmern unvergesslich bleiben wird.

Lingen's Leistungen als Hospital-Arzt und Praktiker gehören zu den hervorragenden, denn von seinen Studienjahren an hat er stets lebhaftes wissenschaftliches Interesse bewahrt, wovon die Protokolle der ärztlichen Vereine (er gehörte anfangs einem kleinen aus 12 Mitgliedern bestehenden privaten Verein an) Zeugniss geben. Er ist unermüdlich gewesen in interessanten casuistischen Mittheilungen aus seinem grossen Beobachtungsfelde — (Pustula maligna, Volvulus — sah er mehr als die meisten andern Spitals-Aerzte). Er folgte aufmerksam den Fortschritten der Wissenschaft und suchte an seinem Hospital reges wissenschafsliches Streben unter den Collegen zu fördern; so war denn vor etwa 20 Jahren sein Hospital durch besonders tüchtige Ordinatoren ausgezeichnet unter denen die nun schon verstorbnen Ed. v. Wahl, G. Amburger, Hüber, Lehmann und einige Andre.

Lingen's literärische Thätigkeit konnte sich natürlich nicht auf bahnbrechende Forschungen, sondern nur auf praktische Themata beziehen.

Von ihm sind folgende Aufsätze publicirt:

A. in der St. Petersb. med. Zeitschrift.

Bd. I. 1861. Amputatio spontanea antibrachii sinistri.
« — Harn-Abscess und Fistel bei einem entmannten Individuum.
« III. 1862. Inhalationen der Eisenchloridlösung bei Lungenblutung.
« VI. 1864. Zur Casuistik der Gehirnkrankheiten.
« — — Allgem. Uebersicht der Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hosp. i. J. 1863.
« — — Mehrfache Venen-Thrombose, Embolie der Lungenarterien, pleuritisches Exsudat.
« — — Vergiftung durch Calabar-Bohne.
« IX. 1865. Bericht aus dem Marien-Magdalenen-Hosp. f. d. J. 1864.
« XI. 1866. Bericht über d. Cholera dieses Jahres im Marien-Magdalenen-Hosp.
N.F. I. 1870. Bericht über d. Krankenbewegung im Marien-Magdalenen-Hosp. i. J. 1869.
« II. 1871. dasselbe f. d. J. 1870.
« IV. 18⁷³/₇₄. Ein Fall von Lipoma molluscum (mit 1 Tafel).

B. in der St. Petersb. med. Wochenschrift.

1876. Bericht über d. männliche chirurgische Abtheilung im Marien-Magdalenen-Hospital 1875—76.
1882. Vergiftung durch Kali chloricum.
— Zur Casuistik der Darmverschliessungen.

Ein an Arbeit und Erfolgen reiches durch allgemeinste Anerkennung und Liebe glückliches und langes Leben liegt hinter ihm; dankbar und zufrieden ist er aus demselben geschieden. Wir bewahren von Lingen das Bild einer harmonischen Menschen-Gestalt, welche eine Zierde unsres Standes gewesen ist. Sein Andenken wird in allen Herzen fortleben!

M—z.

Vermischtes.

— Unter der Ueberschrift «the medical Babel» bringt das Brit. Med. Journal einen kleinen redactionellen Artikel, den wir in der Uebersetzung folgen lassen:

«Eine der Haupt-Schwierigkeiten bei den internationalen Aerzte-Congressen ist die Sprachenfrage, — zugleich ein Umstand, welcher droht die Serie der Congresse zu einem baldigen Ende zu bringen. Auf den ersten Congressen gab es 2 officielle Sprachen, von denen die eine die französische war. Später wurden 3 officielle Sprachen anerkannt und seitdem ist das Englische immer eine derselben gewesen. Beim letzten Congress waren 4 Sprachen officiell — Italienisch, Französisch, Deutsch und Englisch. Wie wir vor einigen Monaten mitgetheilt haben, soll das Englische vom internationalen Congress in Moskau 1897 ganz ausgeschlossen werden. — Als die internationale Verkehrs-Sprache ist das Französische proclamirt, — doch die Mittheilungen in den Sectionen können ausserdem auch Deutsch od. Russisch gemacht werden. Sir William Mac Cormac, welcher General-Secretair des Congresses von 1881 in London war und England auf mehreren spätern Congressen vertreten hat, — weist darauf hin, dass in Copenhagen das Dänische nicht zugelassen war und dass es eine verständige Concession gewesen wäre, ein gleiches Verhalten für den Moskauer Congress zu adoptiren.

Wahrscheinlich verbietet das russische Nationalgefühl diesen Modus. Aber es ist zu befürchten, dass die Beibehaltung der russischen Sprache, die so wenig im übrigen Europa verstanden wird, einen abschreckenden Einfluss auf auswärtige Besucher haben wird, besonders auf englisch redende. Die Lage der deutsch und französisch redenden Gäste wird ohne Zweifel besser sein, doch keineswegs befriedigend, — denn wirkliche internationale Discussionen werden einfach unmöglich, wenn die Sprache der voraussichtlich am zahlreichsten vertretenen Mitglieder den auswärtigen Mitgliedern unverständlich ist».

— Am 16. Februar beging der Professor der pathologischen Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Constantin Winogradow sein 25-jähriges Dienstjubiläum. Der Jubilar ist ein Schüler der medico-chirurgischen Academie, an welcher er i. J. 1870 den Cursus absolvirte. Nachdem er längere Zeit als Prosector am St. Petersburger Nikolai-Militärhospital gewirkt, wurde er zum Professor der Universität Tomsk ernannt, von wo er 2 Jahre später in gleicher Eigenschaft an die militär-med. Academie übergeführt wurde.

— In der vorigen Woche vollendeten sich 25 Jahre der dienstlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit des Consultanten für Nervenkrankheiten und Elektrotherapie am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Prof. Dr. Motschutkowski. Der Jubilar war früher viele Jahre Arzt in Odessa und zugleich Präsident der dortigen balneologischen Gesellschaft.

— Der Professor der physiologischen Chemie an der milit.-medicinischen Academie, Dr. A. I. Danilewski, welcher vor Kurzem sein 25-jähriges Jubiläum feierte, ist auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Dem Vernehmen nach ist der frühere Professor der Chemie an der Universität Tomsk, Dr. S. I. Saleski, zum Mitglied des gelehrten Comités des Ministeriums der Volksaufklärung ernannt worden.

— Mit der interimistischen Leitung der durch den Tod Prof. Tschudnowski's verwaisten 2. therapeutischen Abtheilung des klinischen Militärhospitals ist der Privatdocent der milit.-med. Academie Dr. Janowski betraut worden, dem zugleich auch die Vorlesungen über Diagnostik und allgemeine Therapie übertragen sind.

— Ordensverleihung. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Präsidenten des medico-pharmaceutischen Curatoriums in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. A. W Dobrow.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar in Sewastopol der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Johann Gelström im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammt aus Dorpat, woselbst er auch von 1859–64 Medicin studirte, worauf er seine Studien an der medico-chirurgischen Academie fortsetzte und nachdem er an der Moskauer Universität i. J. 1867 die Doctorwürde erlangt hatte, war er anfangs Ordinator am Findelhause in Moskau, dann am Stadthospital in Odessa, bis er sich 1884 als praktischer Arzt in Sewastopol dauernd niederliess. Wie die Tagesblätter berichten, hat Dr. G. sich ein ansehnliches Vermögen erworben, welches laut Testament nach dem Tode seiner Wittwe der Moskauer Universität für Stipendien zufällt. 2) Am 31. Januar in St. Petersburg der ältere Arzt des 3. Artillerie-Mörser Regiments, J. D. Florinski aus Pleskau, im Alter von 40 Jahren. 3) In Marburg der ehemalige Honorarprofessor der Anatomie Dr. Guido Wagener, ein Schüler Lieberkühn's, im 73. Lebensjahre. 4) In Upsala einer der angesehensten schwedischen Aerzte, der Professor der Pathologie und Hygiene, sowie Präsident des Upsaler ärztl. Vereins, Dr. Hedenius, 68 Jahre alt. Der Verstorbene hat auch an dem von Hirsch und Gurlt herausgegebenen «Biographischen Lexicon der hervorragendsten Aerzte» mitgewirkt.

— Die Royal medical and chirurgical Society wählte in ihrer Sitzung vom 11. Februar den berühmten Arzt Lord Kelvin (Sir William Thomson) zum Ehrenmitgliede und folgende Gelehrte zu auswärtigen Ehrenmitgliedern: die Proff. Koch und v. Bergmann in Berlin, Erb und Czerny in Heidelberg, Kocher in Bern, Fournier, Laveran und Pierre-Marie in Paris, sowie Dr. Weir Mitchell in Philadelphia.
(A. m. C.-Ztg.)

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat beschlossen, die Zahl der Betten in einigen Gebärasylen zu vermehren und in nächster Zeit ein neues Gebärasyl mit 12 bis 15 Betten im Kasanschen Stadttheil, wo bis jetzt kein solches existirt, oder im Spasski-Stadttheil zu errichten. (Her.)

— In Moskau ist ein bacteriologisches Institut eröffnet worden, dessen Bau und Einrichtung gegen 55,000 Rbl. gekostet haben, die durch freiwillige Spenden und Subventionen von einigen Städten und Landschaften beschafft worden sind. Der Unterhalt des Instituts ist auf mehr als 16,000 Rbl. jährlich veranschlagt.

— Zur Errichtung eines bacteriologischen Instituts bei der Universität Kasan hat die Regierung 25,000 Rbl. bewilligt.

— Die Zahl der Todesfälle an Diphtherie in den Pariser Hospitälern betrug i. J. 1895 — 435, während 1894 — 1009 Todesfälle, 1893 — 1266, i. J. 1892 — 1403, i. J. 1891 — 1361, i. J. 1890 — 1668 und in den Jahren 1880 bis 1889 im Mittel 1840 Todesfälle vorkamen. Seit der allgemeinen Einführung der Heilserumtherapie hat somit die Diphtheriesterblichkeit in Paris um ²/₃ abgenommen.

— Zum 16. Februar verblieben in den Hospitälern St. Petersburg noch 2 Cholerakranke.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 5. März 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 11. März 1896.

Дозв. ценз. Спб. 24 Февраля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, 2. (14.) März **1896**

Ueber Entlastung und Ruhestellung erkrankter Körpertheile.

Von

Dr. E. Anders.

Vortrag gehalten auf dem livländischen Aerztetage September 1895.

Meine Herren!

Das Studium der Statik und Mechanik des menschlichen Körpers hat eine solche Fülle therapeutischer Gesichtspunkte und eine solche Ueberproduction von Heilverfahren, Schienen und Apparaten zur Folge gehabt, dass es mir gestattet sei, des Verständnisses wegen die Grundzüge unseres orthopädisch chirurgischen Handelns in einigen Hauptgruppen zu betrachten. Es drängen sich hier in unserem modernen Vorgehen die Principe der Ruhestellung und Entlastung in den Vordergrund, denen die Correctur durch Zug, Druck und Bewegung gegenübersteht.

Aus rein praktischen Gründen will ich unterscheiden unter den uns beschäftigenden Krankheitsgruppen: Erkrankungen, die Immobilisation und Entlastung — und solche, die Redressement und Correctur verlangen und zulassen.

Aber das eine Gebiet greift mächtig in der orthopädisch-chirurgischen Wissenschaft in das andere hinüber, und es wäre schön, könnten wir behaupten, wir hätten die Grenzen zwischen beiden auf strenge Indicationen zurückgeführt. Wenn ich in einer strengen Indicationsstellung hier eine Hauptaufgabe sehe, so stehe ich wohl auf dem scharf polemischen Standpunkte gegen das bis zur Stunde missbräuchliche Vermischen der Grenzen zwischen den Principien von Ruhe und Bewegung.

Und doch haben wir auf beiden Gebieten mächtige Fortschritte gemacht durch die Vervollkommnung unserer unblutigen Mittel, durch die Entwickelung unseres operativen Eingreifens, hier in den mechanisch wirkenden Apparaten, dort in den, das Scelett schonenden, blutigen Eingriffen.

Wäre es darum nicht Zeit zu einer schärferen Indicationsstellung?

Ewig drängt sich uns die Frage entgegen, welche Periode der Arthritis der perversen Stellung zu Grunde liegt, wie rasch und wann wir aus der Ruhestellung zu Bewegung übergehen, — und mächtig und weitgehend wird gegen eine strengere Indication gesündigt

Es sei mir gestattet, heute von der Gruppe von Erkrankungen zu sprechen, die Ruhe und Entlastung fordern, die sich noch in einer Periode befinden, wo wir den erkrankten Körpertheil noch nicht seiner Function wiedergeben wollen. Wir haben in dieser Periode die Körpertheile durch längere Zeiträume in einer Stellung zu erhalten, welche geeignet ist, sie später in Function treten zu lassen.

Aber wir haben im Auge zu behalten, dass erst mit Eintritt der Function ihr definitives Schicksal entschieden wird. Denn wir fassen dem Wolff'schen Transformationsgesetze gemäss, die Funktion als das Primäre auf, durch welche der Scelettabschnitt seine definitive Formation erhält.

Mit der statischen Inanspruchnahme der Extremität tritt die Transformationskraft in die Erscheinung. Während der langen Periode der Ruhestellung und Entlastung, die uns besonders interessirt, haben wir wenig oder gar nicht mit diesem mächtigen Factor zu rechnen. Die Transformationskraft legt an den Stellen, die grösseren Druck auszuhalten haben, Knochenbälkchen an und sorgt an den Stellen verminderten Druckes für Resorption und Schwund der letzteren, sie lässt Knochensubstanz schwinden, wo sie statisch überflüssig geworden.

Wir dürfen uns nicht mehr täuschen. So unmittelbar wir die Transformationskraft in Wirkung treten lassen, wenn wir bei allen möglichen Belastungsdeformitäten, bei relativ gesundem Gewebe veränderte statische Verhältnisse schaffen, — so langsam und weit führt uns der Weg dahin, wenn wir es mit destruirenden entzündlichen Zuständen zu thun haben. Unter diesen aber nimmt die locale Tuberculose ein wahrhaft imposantes

Contingent in Anspruch. Hier aber wird der Chirurg am raschesten zum Frevler, wenn er die Indicationsgrenzen von Ruhe und Bewegung zu unvermittelt überschreitet.

Wir wissen, dass die Transformation in directer Beziehung zur Wiederherstellung der Function des pathologisch veränderten Knochens steht, und dass die Architectur pathologisch veränderter, aber zugleich functionirender Knochen dem Zwange mathematischer Regeln unterliegt. Die Perversität der Stellung, welche sich unter dem Einfluss eines rhachitischen oder tuberculösen entzündlichen Processes vollzieht, kommt zu Stande, indem der specifische Krankheitsprocess neben dem Transformationsprocess einherläuft. Beide Processe treten oft gleichzeitig auf, wenn das Glied in Function geblieben ist, — sie bestehen neben einander während des oft langen floriden Stadiums. Und doch wird ihr Verhalten und unser Handeln ein sehr verschiedenes sein, je nachdem wir es mit einem tuberculösen oder nicht tuberculösen Processe zu thun haben.

Unbeschadet und ungerächt führen wir eine scoliotische Stellung in eine grade, eine Supinations- oder Pronations- eine Valgus- und Varusstellung in eine normale blutig oder unblutig zurück, und nöthigen die Spongiosabälkchen zu einer restituirenden functionellen Hypertrophie.

Nicht so die tuberculös befallenen Gelenke und Knochen.

Wir beschränken die gewaltsame Reduction, den unvermeidlichen Insult der Herderkrankung im Hinblick auf die Propagation des Processes nach Möglichkeit. Um den Process zum Stillstand zu bringen, immobilisiren und entlasten wir und verhüten prophylactisch die perverse Stellung.

Auch ist es zum mindesten wahrscheinlich, dass der transformatorische Process, auch wenn das Glied seiner Function wiedergegeben ist, nicht in dem Maasse in Action tritt, so lange der destruirende tuberculöse Process an Mark und Corticalis spielt.

Wir befinden uns in einem Circulus vitiosus, wollten wir einem, in seine normale Stellung zurückgebrachten Gliede die Function gestatten.

Die Transformation ist nur in Kraft, so lange der Körpertheil in Function; — Bewegung und Function leisten dem tuberculösen Process Vorschub — der tuberculöse Process aber greift sicher störend in den transformatorischen ein.

Unser therapeutisches Handeln tendirt darum nach der Seite der Functionslosigkeit, d. h. nach Ruhe und Entlastung, wo wir aber redressiren, haben diese zu folgen.

Ich würde vielleicht mit mehr Zuversicht Ihre freundliche Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, dürfte ich an der Hand des grossen Materiales unserer Anstalt mich der Frage nach den Effecten von Ruhe und Entlastung zuwenden, die identisch wäre mit der Frage nach dem Schicksal des tuberculösen Herdes. Leider gestattet der Rahmen meiner Mittheilung dieses nicht. So sei nur die technisch therapeutische Seite ins Auge gefasst. — Wir haben somit die Frage zu beantworten, wie erzielen wir am vollkommensten Ruhestellung eines Körpertheils und wie entlasten wir denselben.

Die kurz gemessene Zeit gestattet es nicht, auf die complicirte Technik der Behandlung tuberculöser Gelenke dem modernen Standpunkte der Frage entsprechend einzugehen. Sie würde uns zu weit in das vielseitige Gebiet moderner Orthopädie hineinführen.

Es sei mir nur gestattet, an der Hand jener besprochenen Hauptgesichtspunkte in der Behandlung localer Tuberculose Ihnen eine Reihe von mir oft angewandter, zum Theil von mir construirter oder modificirter Apparate zu demonstriren.

Das, was ich Ihnen mir die Freiheit nehme zu zeigen, bezieht sich nur auf Apparate für die Periode der Behandlung, die Ruhe und Entlastung erfordert. Auch trete ich keineswegs in eine Polemik zu anderen sehr verwendbarem Material und spreche nicht von redressirenden und Stützapparaten, die in den von mir viel gebrauchten Hessing'schen Apparaten ihre Muster finden. In der ersteren Frage, wie wir am besten Ruhestellung erreichen, halten wir uns wohl an das Postulat, das Lorenz für eine gute Schiene oder einen immobilisirenden Apparat stellt, dass nämlich die Lichtung eines solchen eine vollkommene Congruenz mit der zu deckenden Oberfläche des erkrankten Körpertheiles aufweise. Das erreichen wir mit verschiedenen Materialien, — mit keinem aber wohl genügen wir den Gesichtspunkten der Festigkeit, Leichtigkeit und knappen Coaptation in dem Grade, wie mit dem Filze. In dieser Beziehung dürfte kaum ein Material dem Filze gewachsen sein, dank seiner erstaunlichen Plasticität, durch welche er sich jedem Modellobjecte in seiner Flächen- und Kantenkrümmung zu coaptiren im Stande ist.

Was den Gesichtspunkt der Entlastung durch Functionslosigkeit betrifft, so sind wir in Bezug auf die Extremitäten in keinem Conflicte, indem wir nach festgestellter Diagnose mit Unerbittlichkeit den Gebrauch des Gliedes abstellen. Wir erreichen das am vollkommensten durch Krücken, indem hierbei der ganze Muskelapparat bis auf die letzte Gruppe in Ruhe geht. — Wir kämpfen bekanntlich hier einen schweren Kampf mit dem weniger Erfahrenen, besonders aber mit Widerstand des Patienten, wenn wir die Entlastung eines dem Laienauge noch fast gesund erscheinenden Gelenkes an der unteren Extremität verlangen. Aber immerhin sind wir in der Lage, soweit es die Extremitäten betrifft, eine Bewegung des gesammten Körpers von Ort zu Ort so oder so zu ermöglichen.

Wie steht aber die Frage betreffs der Erkrankungen der Wirbelsäule?

In der Behandlung keines Körpertheiles lässt sich die Durchführbarkeit der beiden Principe von Ruhe und Entlastung schärfer prüfen und lokalisiren als in der der Wirbelsäule.

In Bezug auf diese nehme ich keinen Anstand zu behaupten, dass die bisher entwickelten therapeutischen Gesichtspunkte der Ruhestellung und Entlastung in dieser Form keine Anwendung finden dürfen. Mit Berufung auf meine Arbeit über die Haltung der spondylitischen Wirbelsäule (Langenbecks Archiv 1883) möchte ich behaupten, dass der Augenblick wohl gekommen ist, wo wir uns der Erkenntniss nicht mehr verschliessen können dass, so frei unser Handeln, blutig oder unblutig, corrigirend, reducirend oder bloss entlastend in Bezug auf die Gelenke, — so scharf vorgezeichnet unser Weg betreffs der tuberculös erkrankten Wirbelsäule ist.

Modellstudien, dioptrische Zeichnungen und Leichenversuche, die ich für die von mir geltend gemachten Gesichtspunkte verwendete, dürften nicht ungeeignet sein, die amerikanischen Illusionen, betreffs der von Spondylitis befallenen Strecke der Wirbelsäule in etwas zurecht zu stellen. Wir haben unsere namhaften orthopädischen Effecte auf die Haltungsveränderungen zurückzuführen, welche sich in den von Spondylitis freien Partien der Wirbelsäule vollziehen.

Wir dürfen es für unsere Aufgabe ansehen, in den Naturheilungsprocess, der in der Bildung eines Gibbus sein Hauptmittel gefunden, nicht störend einzugreifen — aber es erwächst uns zugleich die Aufgabe, alle ungünstigen Momente zu entfernen, welche die Gibbusbildung durch fortschreitende Erweichung des erkrankten Knochens fördern, — mit einem Worte, wir haben die

Gibbusbildung auf das unumgänglich nothwendige Maass zu beschränken.

Dem Princip der Ruhestellung werden wir bald durch Ausschluss aller Bewegungen der Wirbelsäule mittelst immobilisirender Verbände und Apparate gerecht, — nicht so leicht aber dem Gesichtspunkte der Entlastung. Hier haben wir den Druck des supragibbären Abschnittes, der den Kopf trägt, mit seinem deletären Einfluss auf den tuberculösen Herd auszuschalten. Dieses aber sind wir nicht im Stande, mit keiner Form des Jurymastes, bei Anwendung der besten Hessing'schen Kammbügeln, — wenigstens nicht im floriden Stadium der Spondylitis.

Es hilft uns nichts, dass wir aus Rücksicht für den allgemeinen Zustand den kleinen Patienten herumgehen lassen. Die durch den Schmerz gestörte Nachtruhe, die dem entsprechend verweigerte Nahrungsaufnahme, führen bedingungslos zu einem Herabsinken der Constitution, und dementsprechend zu einer Verschlimmerung des lokalen Processes.

Wir thun darum gut, uns sogleich an die dankbarste Aufgabe der Orthopädie zu machen, die rasch und ausnahmslos zum Ziele führt, das kranke Kind von seinen Schmerzen zu befreien.

Entlastung, welche Schmerzstillung und Beschränkung der Gibbusbildung vermittelt, gelingt aber allein durch eine modificirte Horizontallage. Diese ist bis zur beginnenden Consolidirung einzuhalten. Hierbei verhindern wir nicht das Wiederzusammentreffen relativ gesunder Knochenpartien, welches einen energischen Reiz zur Callusbildung giebt.

Diesen Gesichtspunkten werden wir gerecht durch die mit Extension verbundene Reklinationslage in den verschiedenen Formen der Stehbetten, — am vollkommensten aber wohl durch das Lorenz'sche Reklinationsgipsbett Diesen Ihnen wohl bekannten Apparat war ich bemüht, möglichst zu vervollkommnen und darf Ihnen bei seiner Anwendung von sehr befriedigenden Resultaten berichten. Ich lasse hierbei im Gegensatz zu Lorenz sowohl die Gips- als die Filzschiene genau und congruent den Körperformen entsprechend ohne Polsterung arbeiten.

Ich verfüge über eine namhafte Reihe von Patienten, welche zu halben, zu ganzen und mehreren Jahren in verschiedenen Lagerungsapparaten zugebracht. Das gequälte, herabgekommene Kind verändert sich oft in wenigen Tagen nach eingenommener Horizontallage bis zur Unkenntlichkeit, indem es schmerzlos wird und Schlaf- und Nahrungsbedürfniss wiedergewinnt.

Die Apparate vermitteln ein gefahrloses Reisen in die Curorte; einige meiner kleinen Patienten haben jahrelang in Nizza und an der französischen Küste in den Reclinationsbetten zugebracht.

Im Hinblick auf die lange, kaum bestimmbare Latenzperiode des tuberculösen Herdes werden wir gut thun, die längsten Termine für das Verlassen der horizontalen Lage zu wählen, und das Gehen allmählig in kurzen Seancen zu gestatten.

Dann aber kommen die immobilisirenden Stützapparate mit Kopfhalter in weitester Form in Anwendung.

Ich hielt mich bei der tuberculösen Erkrankung der Wirbelsäule länger auf, weil sich hier die Principe der Ruhestellung und Entlastung schärfer zuspitzen.

Nun sind wir in der günstigen Lage, im Gegensatz zu der Wirbelsäule tuberculös befallene Gelenke der oberen Extremität, das Knie und das Fussgelenk mit den demonstrirten und anderen Apparaten mehr weniger vollständig zu immobilisiren und zu entlasten.

Am meisten Zweifel hätte ich an der wirklichen Entlastung des Hüftgelenkes mittelst Gehapparaten, besonders wenn es sich um frischere Stadien handelt. Die Extension der ganzen Extremität im Stützapparate nach unten fixirt dieselbe knapp im Apparate, der Stützpunkt trifft aber das Becken am tuber ischii.

Es ist anders kaum denkbar und meist bei sorgfältiger Untersuchung nachweisbar, dass mit jedem Schritt die beiden die coxa bildenden Knochentheile, Becken und femur, eine Bewegung gegen einander ausführen. Es wird darum, so lange man der Krücken entrāth. nicht so leicht das Ideal einer vollständigen Ruhestellung zu erreichen sein. Die vollkommenste Congruenz der Lichtung des Apparates mit Becken und Oberschenkel dürfte die erwünschte Bewegungslosigkeit nicht so vollständig erreichen, es sei denn, dass man die coxa der gesunden Seite, wie das in Fällen geschieht, in die Immobilisation hineinzieht. — Wir werden darum auch bei der Coxitis nicht einer möglichst abzukürzenden Periode der Horizontallage vorläufig ausweichen können.

Wie wir aber auch verfahren, — immer wird unser Streben dahin gehen, nach überstandenem degenerativem Processe, nach Herstellung möglichst günstiger statischer Verhältnisse den Körpertheil, im Hinblick auf die Transformationskraft, in möglichst kurzer Zeit der Funktion wiederzugeben.

Referate.

Stabel. Zur Behandlung der Kröpfe mit Schilddrüsenextract. Sitzung der Berliner Medic. Gesellsch. vom 22. I. 1896. Allgem. medicinische C.-Zeitg. Nr. 9 u. 10.

Auf der Bergmann'schen Klinik und Poliklinik wurden seit October 1894 83 Strumen mit Schilddrüsenfütterung behandelt. Die Bestimmung des Halsumfanges erfolgte, indem das Bandmass über die Vertebra prominens und um die grösste Prominenz der Struma herumgelegt wurde. Zur Verwendung kamen Kalbs- und Hammelschilddrüse, die Verabreichung geschah 2 mal wöchentlich: Erwachsene erhielten Dosen von 10 g. steigend bis auf 15 g., Kinder 4—10 g. Alle Kranke vertrugen die Drüse ohne Beschwerden mit einer Ausnahme; dieser war die Drüse ekelerregend, sie erbrach darnach, offenbar handelte es sich um eine Idiosyncrasie. Was die Nebenwirkungen der Schilddrüsenfütterung — den Thyreoidismus betrifft, so sind es nach Stabel sicher nur Wirkungen von Zersetzungsprodukten der Eiweisskörper der Drüse. Solche Nebenwirkungen — gastrische Störungen — wurden nam. in der wärmeren Jahreszeit beobachtet, wo die Drüse weniger haltbar ist; als sie auf Eis aufbewahrt wurde, blieben alle Störungen aus trotz grösserer Dosen, als vorher. Die Resultate der Behandlung fasst S. in 2 Tabellen zusammen; Tabelle I: Fütterung frischer Drüsen, Tabelle II: Thyreoidintabletten: Was zunächst die Behandlung mit frischer Schilddrüse anlangt, so ergab sie in allen 25 Fällen ein positives Resultat, jedoch nur eine bedeutende Besserung; Heilung beobachtete S. nur in 2 Fällen. Es ist also im Allgemeinen keine Heilung zu erreichen, sondern nur eine gestörte Function zu ersetzen. Gewöhnlich tritt 4—6 Wochen nach dem Aussetzen der Behandlung wieder eine Zunahme ein. man darf deshalb zwischen der Darreichung der einzelnen Dosen keine zu grosse Zwischenzeit lassen, sonst geht das gewonnene Resultat wieder verloren. Die Rückbildung des Kropfes hält zunächst ein rasches Tempo inne, später vollzieht sie sich immer langsamer; wenn dann die Fütterung ausgesetzt wird, so zeigt sich das Umgekehrte: erst findet ein unmerkliches Wachsthum der Drüse statt, nach mehreren Wochen aber wird es beschleunigter; je länger gefüttert ist, um so länger dauert es, bis die Drüse nach dem Aussetzen wieder wächst.

Die Behandlung mit Thyreoidtabletten ergab kein so günstiges Resultat: bei geringem therapeutischen Effect zeigten sie eine ungünstige Wirkung auf das Herz, indem die Pulsfrequenz eine bedeutende Steigerung erfuhr. Bei chlorotischen und neurasthenischen Mädchen mussten die Tabletten bald ausgesetzt werden, weil die Pulsfrequenz eine Höhe von 150 erreichte; andere Patienten klagten auch schon bei geringer Steigerung der Frequenz über Kopfschmerzen, Uebelkeit, Brechreiz.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Braun von Fernwald. Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshülfe. Wien, Josef Safar 1895.

An der Hand der Gebräuche und Erfahrungen aus der Klinik Gustav Braun's in Wien bespricht Verf., ein Assis-

tent dieser Klinik, die antiseptischen und aseptischen therapeutischen Massnahmen. Die Brochure ist eine Fundgrube allerlei wichtiger Einzelheiten, deren Bedeutung von Jedermann anerkannt werden muss, der selbst an einem grossen klinischen Materiale arbeitet. Grossen practischen Werth muss aber der Inhalt dieses Buches für den practischen Arzt haben, da in demselben vieles zu finden ist. was in keinem Lehrbuche steht. Da ja die antiseptischen Grundsätze bei jedem therapeutischen Handeln in der Geburtshülfe zur Geltung kommen müssen, hat Verf. eigentlich eine Diätetik und Therapie der normalen und pathologischen Geburt geschrieben. Es ist ganz unmöglich auf den Inhalt des Buches genauer einzugehen, dasselbe enthält ja auch viel allgemein Angenommenes, es sei aber doch hier auf einige Einzelheiten hingewiesen, in denen Verf. einen eigenen Standpunkt einnimmt, oder wo es sich um noch streitige Fragen handelt.

Vaginalspülungen während der Schwangerschaft oder der Geburt werden nicht gemacht ausser in den Fällen wo ein dickeitriger Ausfluss vorhanden ist, dagegen werden wiederholt vaginale Ausspülungen mit 1% Lysollösung bei Fieber intra partum wärmstens empfohlen. Die Anwendung der äusseren Untersuchung allein wird den Hebammen vorgeschrieben, die innerliche Untersuchung auf die allerengsten Grenzen eingeschränkt. Zur subjectiven und objectiven Desinfection wird 1% Lysollösung verwandt. Zur Reinigung der Genitalien werden Bäusche aus dünnen Holzfasern benutzt. Dammnähte werden am 6 Tage entfernt. Den secundären Dammnähten werden plastische Operationen 2 Monate nach der Geburt vorgezogen, dagegen sollen alte Dammrupturen sofort post partum plastisch angefrischt und vereinigt werden. Die Chloroformnarcose im Wochenbett wird auf Grund von 2 ungünstigen Fällen als gefährlich angesehen, was auf den grossen Säfteverlust und die Rückbildungsvorgänge bezogen wird. Gesichts- und Stirnlagen werden exspectativ behandelt ohne Umwandlungsversuche. Die Indication zum Forceps wird strenge gestellt. die Zangenlöffel werden mit sterilisirtem Olivenöl schlüfrig gemacht. Bei nicht verstrichenem Muttermund werden bei Erstgebärenden multiple Incisionen, bis zur Scheidenwand gemacht. Die Symphyseotomie findet nur beschränkt, der Kaiserschnitt bei relativer Indication häufigere Anwendung. Die Placenta praevia wird in der Weise behandelt, dass mit dem Colpeurynter tamponirt wird bis zur genügenden Eröffnung des Mm., wornach die Wendung folgt. Die Wendung nach Braxton-Hicks wird nicht ausgeführt, um Cervixrisse zu vermeiden. — Die künstliche Frühgeburt wird bei Lebensgefahr der Schwangeren (Herz- Lungen-Nierenkrankheiten und Eclampsie) durch Eihautstich, bei engem Becken nach Krause eingeleitet. Bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode ist die Lösung der Placenta mit mangelhaft desinficirter Hand als das kleinere Uebel erlaubt. Incomplete Aborte werden activ behandelt (Excochleation), retinirte Eihautreste mit der Kornzange entfernt. Uterusausspülungen werden selbst mehrfach bei puerperaler Endometritis mit hypermangansaurer Kalilösung gemacht und nöthigenfalls das Cavum uteri mit Jodtincturwattebäuschen ausgewischt.

Das Buch Brauns sei hiermit allen Interessenten bestens empfohlen. W. Beckmann.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. E Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1895. Zweiter Band.

Schon vor längerer Zeit haben wir den ersten Band dieses vorzüglichen Werkes besprochen, welcher mittlerweile in seiner weiteren Entwickelung rüstig vorwärts schreitet. — Die grosse Reihe der Mitarbeiter an diesem zweiten Bande beginnt mit Binz, welcher in einem sehr lesenswerthen grossen Kapitel die allgemeine Behandlung der Vergiftungen, ihre Verhütungsmassregeln, ihre causale und symptomatische Behandlung bespricht. In dem speciellen Theile behandelt Schuchardt die Vergiftungen mit Metalloiden. Der Abschnitt zeichnet sich durch seine reichlichen Literaturangaben aus und muss für Sanitäts- und Fabriksärzte von grossem Werthe sein. Es folgt die Behandlung der Vergiftungen mit Metallen von Wollner, wo die gewerblichen chronischen Vergiftungen mit Quecksilber und Blei besonders ausführlich berücksichtigt sind.

Das nächste Kaptiel bringt uns aus Feder von Husemann die Therapie der Vergiftungen durch künstliche Kohlenstoffverbindungen. Es ist das das Gebiet des Chloroforms. Jodoforms, Aethers und ihnen verwandten Körper. Des weiteren finden wir die Behandlung der auch bei uns so häufig vorkommenden Vergiftungen mit Weingeist von Moeli. Von dem ebengenannten Autor Husemann folgen dann noch zwei andere grosse Abschnitte: Die Vergiftungen durch aromatische Verbindungen und durch Pflanzenstoffe, die viele practisch-wichtige Rathschläge enthalten und mit reichlichen Quellenangaben versehen sind. Ein altbewährter Meister auf diesem Gebiete Erlenmeyer bespricht dann den chronischen Morphinismus und Cocaïnismus. Ergotismus, Pellagra und Lathyrismus von Tuczek und die Behandlung der Vergiftungen mit Thier- und Fäulnissgiften von Husemann beschliessen diesen grossen einen Theil des Bandes. Der andere, welcher die Therapie der Stoffwechsel- Blut- und Lymphkrankheiten bringt, ist ein Werk, zu welchem die Herren Pfeiffer, v. Mering, Mendelsohn, Litten, Schönborn, Biedert, Angerer und Everbusch ihr Bestes hergegeben haben, auf den aber in gebührender Weise näher einzugehen uns der Raum leider nicht erlaubt. Der Leser wird die gewissenhafte und sorgfältige Weise in welcher die Verfasser ihre Aufgabe gelöst haben bald selbst herausfinden und der Arzt auch an diesem Bande ein werthvolles und nützliches Nachschlagebuch finden, welches ihm unter allen Verhältnissen das bieten wird. was er sucht und was es ihm verspricht.

Kallmeyer.

Albert Eulenburg: Sexuale Neuropathie. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1895. Preis 4 Mk. 164. p.

Den für das Zuelzer-Oberländer'sche Handbuch «Klinik der Harn- und Sexualorgane» von ihm geschriebenen Abschnitt über den gleichen Gegenstand hat Eulenburg in erweiterter und vielfach abweichender Gestalt zum vorliegenden Buche umgearbeitet. Er macht so seine treffliche Schilderung der «Störungsformen, die sich . . . . aus den körperlich-seelischen Erscheinungen und Beziehungen des geschlechtlichen Lebens und im Anschluss an sie oder vermöge der auf sie geübten Rückwirkung ergeben,» und die im individuellen wie socialen Leben eine so gewaltige Rolle spielen, einem weiteren Aerztekreise zugänglich.

In ansprechender Weise werden abgehandelt: 1) die Neurasthenia sexualis, 2) die genitalen Localneurosen, 3) die krankhaften Anomalien des Geschlechtsinns. Jedes Capitel trennt nach Möglichkeit die pathologischen Erscheinungen beider Geschlechter, was im 2. stricte durchgefürt werden konnte. Für Prophylaxe, Hygiene und Therapie auf diesem Gebiete ertheilt der Verf. beherzigenswerthe Rathschläge, welche zwar den auch gerade bei der Mehrzahl der Aerzte geläufigen Ansichten öfters widersprechen, jedoch sicher das Richtige treffen und deshalb als Richtschnur des ärztlichen Handelns in solchen Fällen dringend anempfohlen werden müssen.

Maassgebend ist überall der Standpunct des Praktikers gewesen, weshalb namentlich im 3. Abschnitt Abschweifungen in das anthropologisch und criminalpsychologische Gebiet trotz des grossen Interesses vermieden worden sind, zumal dieses Capitel von anderen Autoren, besonders von Krafft-Ebing, ausführliche Behandlung erfahren hat

Michelson.

Dr. B Schürmayer (Hannover): Ueber die Verwendung des Kreosots und seiner Derivate. Verlag von August Finsterlin. Fischhausen Schliersee O. B. 1895. Preis 1 M. 80 Pf.

In der Absicht, klarzustellen, was für besondere Vorzüge eigentlich die neuerdings empfohlenen medicamentösen Behandlungsmethoden der Lungentuberculose dem altbewährten Kreosot gegenüber besitzen, hat Schürmayer nur das Kreosot selbst das Guajakol, Guajakolcarbonat und das Kreosotcarbonat einer kritikübenden eingehenden Betrachtung unterzogen; und zwar sowohl auf Grund vorhandener Litteratur, die auch in der Abhandlung den einzelnen Capiteln vorausgeschickt ist, als auch sich stützend auf seine eigenen practischen Erfahrungen und gleichfalls solche anderer Autoren.

Was nun das Guajakol und das Guajakolcarbonat anbetrifft, so hat nach den Worten Verf.'s «die Theorie den Practiker mit Mitteln, die keineswegs erprobt sind, auf die schiefe Ebene gebracht.» — «Im Kreosotcarbonat scheint nun ein Präparat gefunden zu sein, dass die vereinzelt aufgetretenen und von der Concurrenz ungeheuer vergrösserten Nachtheile des Kreosots umgeht, die guten Wirkungen des Kreosots besitzt, und somit die Errungenschaft Sommerbrodt's, das Kreosot in die Praxis eingeführt zu haben, nun nicht mehr verloren gehen wird.»

Zum Schluss ist eine Uebersicht der Dosirung der einzelnen Mittel nach verschiedenen Autoren beigefügt.

Hecker.

Prof. E Blasius. Physikalische Uebungen für Mediciner. Sammlung naturwissenschaftlicher Lehrbücher. (Leipzig 1895. Verlag von S. Hirzel.)

Wie es heutzutage von jedem wissenschaftlich gebildeten Arzte verlangt wird, dass er mit den üblichen chemischen Methoden der Krankenuntersuchung vertraut ist, so ist es jedenfalls auch sehr erwünscht, dass gleichfalls die Physik, soweit sie den practischen Mediciner angeht, demselben geläufig sei. Auf manchen Gebieten practischer Heilkunde so namentlich in der Ophthalmologie und der Electrotherapie, sind ja die physikalischen Principien die vorherrschenden. und eine Unkenntniss nach dieser Seite hin lässt schon von vornherein jeglichen Erfolg als unmöglich erscheinen. In dem

eben erschienenen Buche nun versucht Blasius dem Mediciner einen Leitfaden in die Hand zu geben sich nach dieser Richtung hin vervollständigen zu können. Wir werden hier bekannt gemacht mit den einzelnen Methoden der Messung, mit den dabei üblichen Apparaten, mit ihrer Handhabung, indem Verf. stets darauf bedacht ist den Stoff dem Leser verständlich und klar darzustellen, und so die grossen Schwierigkeiten dieses Gebietes leichter zu überwinden. Mit grosser Ausführlichkeit sind namentlich die bereits oben als practisch wichtig betonten Capitel der optischen und der electrischen Messungen ausgeführt. Dem Texte sind 65 gut ausgeführte Abbildungen beigefügt.

Hecker.

В. К. Ротъ: Мышечная сухотка. I. Общая часть. Прогрессивная мышечная атрофія. Москва, 1895. Preis 4 Rbl. 478 pag. Gr. 8°.

Die Monographie ist die Frucht fleissiger mühsamer Arbeit des Moskauer Professors im Laufe von mehr als 20 Jahren. Sie darf den Rang beanspruchen, gegenwärtig das umfassendste und gründlichste Werk über die progr. Muskelatrophie zu sein. Als Beleg dafür diene eine kurze Inhaltsangabe: a) Historische Uebersicht, 102 Seiten. b) Uebersicht und Gruppirung des casuistischen Materials. c) Eigene Beobachtungen des Verf., 88 ausführliche Krankengeschichten, 280 Seiten. d) Gruppirung der eigenen Beobachtungen und des Materials der Moskauer Nervenklinik. e) Bibliographie 70 Seiten, beginnend mit dem Jahre 1851, enthaltend 1175 NN. f) Alphabetisches Autorenregister. Ganz vorzüglich sind die 4 in den Text gehefteten Tafeln mit Phototypien prägnanter Fälle, sowie die 10 lithographischen Tafeln im Anhange, gezeichnet vom Wiener Meister Dr. J. Heitzmann; 4 der letzteren zeigen ebenfalls typische Krankheitsfälle, 6 geben mikroskopische Bilder wieder. Auch die übrige Ausstattung des Buches ist eine durchaus gute.

Nach Erscheinen der zweiten Hälfte, des speciellen Theils, wird Roth mit Recht das Bewusstsein hegen können ein fundamentales Werk zu Ende geführt zu haben, welches auf lange Zeit hinaus ein unentbehrliches Nachschlagebuch und eine wichtige Fundgrube für jeden mit dieser Frage sich Beschäftigenden bilden wird. Die gebührende Beachtung ausserhalb der Grenzen Russlands wird es erst nach seiner Uebersetzung in andere Sprachen finden können, die wohl nicht lange auf sich warten lassen wird.

Michelson.

Нотнагель и Россбахъ. Руководство къ фармакологіи. Переводъ съ 7 изданія Др. Н. Иванова. С.-Петербургъ, Изданіе К. Л. Риккера 1895. Цѣна 4 рубля.

Die siebente Auflage des beliebten Handbuches der Arzneimittellehre von Nothnagel und Rossbach ist bereits vor einigen Monaten in russischer Uebersetzung erschienen. Die Eintheilung des Stoffes ist dieselbe geblieben, und ebenso auch die Gesichtspunkte, welche die Verfasser bei der Abfassung des Buches leiteten. Eine Reihe von neuen Arzneimitteln, welche uns die letzten Jahre gebracht, haben ihre Würdigung erfahren und wir sehen auch hier wie überall, nicht nur ein lexicographisches Herzählen des pharmakologisch und klinisch Bekannten, sondern hören viel über die persönliche Erfahrung und subjective Auffassung der Verfasser. — Die rührige Rickersche Buchhandlung und der Uebersetzer haben gewetteifert dem Buche in russischer Uebersetzung ein angenehmes Aeussere und einen gefälligen und correcten Styl zu verleihen.

K.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Antiseptik der Därme durch Abführmittel. Gilbert und Dominici haben um Näheres über die antiseptischen Eigenschaften der Abführmittel zu erfahren einem erwachsenen gesunden Manne je 15 Gramm Natrum und Magnesia sulf. eingegeben. Es stellten sich am selben Tage sechs Entleerungen ein, deren Gesammtgewicht 1510 Gramm betrug. Die Zählung ergab, dass in jedem Milligramm dieser Entleerungen durchschnittlich 272,253 Microorganismen vorhanden waren und dass also die Gesammtzahl der an diesem Tage mit dem Stuhle entleerten Microorganismen mehr als 411 Miliarden ausmacht. Die Faeces dieses Mannes enthielten unter normalen Verhältnissen, d. h. ohne Laxantien 67,000 Keime pro Milligramm und im Ganzen wurden täglich ca. 12 Miliarden entleert. Unter dem Einfluss der Abführmittel war also ihre Ausscheidung um 34 Mal intensiver geworden. Es ist wahrscheinlich, dass die Ziffer 272.253, welche den mittleren Gehalt an Microben bei einem Menschen zeigt, welcher der Wirkung eines Laxans unterzogen war, sich der Zahl nähert, welche man erhalten würde, wollte man die Microben des Ileum zählen. Ebenso wahrscheinlich ist es, dass die Zahl von 411 Miliarden ungefähr die Gesammtzahl der Mikroorganismen des ganzen Verdauungstractus beträgt. Eine Abführung, welche eine bedeutende Vermehrung der Zahl der Keime in den Faeces verursacht, bewirkt ohne Zweifel auch ein Aussetzen ihrer Virulenz, da die Keime des Dünndarms viel virulenter, als die des Dickdarmes sind. Wenn es also möglich ist, dass eine Vermehrung der im Darme befindlichen Keime und eine Zunahme ihrer Giftigkeit das Auftreten einer Diarrhoe veranlassen können, so ist es ebenso gewiss, dass umgekehrt auch eine Diarrhoe eine Vermehrung der Zahl der Keime in den Faeces und eine Verstärkung ihrer Giftigkeit bewirken kann. — Die Wirkung des Natrium und der Magnesia sulf. bei der Person, mit welcher die Autoren experimentirt haben, ist am Tage nach der Eingabe noch verfolgt worden und hat sich an diesem Morgen noch durch einen Stuhl manifestirt, welcher 55,000 Mikroben im Milligramm und ca. 20 Miliarden total enthielt. Am darauf folgenden Tage aber hatten die Faeces wieder ihren normalen Charakter zurückgewonnen und hatten ein Gewicht von 430 Gramm. Sie waren also voluminös trotzdem aber arm an Keimen, da sie nur 1350 pro Milligramm und folglich nur etwas mehr als eine halbe Miliarde enthielten. Wenn man sich erinnert, dass unter normalen Bedingungen 12 Miliarden Microben ausgeschieden wurden, so sieht man, dass trotz der reichlichen Faeces die Zahl der Keime sich auf ca. 1/20 der Normalziffer vermindert hatte. Das Abführmittel hatte also den Darm desinficirt und einen, wenn auch nicht absoluten, so doch einen bemerkenswerthen aseptischen Zustand des Darmcanals herbeigeführt. Es ist verständlich, dass die Dauer dieser Asepsis nur sehr kurz ist und dass die Faeces bald ihren gewöhnlichen Gehalt an Microben wiedergewinnen. — Die Milchdiät aber ist, wie aus anderen Versuchen derselben Autoren hervorgeht, geeignet eine fast absolute Aseptik des Darmcanals zu unterhalten. Die langsame und progressive Wirkung der Milch giebt sich erst nach 5 Tagen kund, aber sie hält sich solange, als die Diät eingehalten wird. Man darf also von den Abführmitteln nicht eine dauernde Aseptik verlangen, aber sie wirken mit grosser Schnelligkeit. Ihre Desinfectionsfähigkeit steht also in umgekehrtem Verhältniss zur Milch und ergänzt so zu sagen die Wirkung derselben.

— In der Literatur giebt es eine stattliche Reihe von Beobachtungen, welche beweisen, dass wenn eine Person, die mehrere Sprachen spricht, aphatisch wird, sich die Sprachstörung nicht immer in gleichem Maasse auf alle Sprachen erstreckt, die der Kranke beherrscht. Pitres hat im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit gehabt sieben Polyglotten zu beobachten, welche infolge eines apoplectischen Insultes aphatisch geworden waren. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die Heilung der Aphasie bei einem Polyglotten sich gewöhnlich in progressiver und systematischer Weise dermassen gestaltet, dass sich zuerst nur eine Sprache, die Muttersprache, vor allen anderen wieder einstellt. Die Wiederkehr des Bewusstseins jeder verlorengegangenen Sprache zerfällt in zwei Zeitabschnitte: der Kranke versteht die Sprache, wenn er sie sprechen hört, ist aber unfähig in ihr zu antworten; dann gelangt er aber zur Fähigkeit sich derselben selbst zu bedienen. Diese Entwickelung ist nicht immer vollständig. Wenn z. B. ein Stillstand in der Heilung eintritt, so kann es vorkommen, dass der Kranke dazu gelangt nur die Sprache zu verstehen und später zu sprechen, welche ihm am geläufigsten ist. Ebenso kann es passiren, dass er es dazu bringt eine oder mehrere Sprachen zu verstehen, ohne sie sprechen zu können. Die systematische Wiederkehr des Sprachvermögens kann natürlich nur in den Fällen stattfinden, wo die corticalen Sprachcentren nur einfach indirect mitbetheiligt, aber selbst nicht direct laedirt oder zerstört sind. Die zeitweilige Unthätigkeit dieser Centren erklärt nach Pitres zur Genüge die oben beschriebene Gruppirung der Symptome bei den Aphatischen. Es sei daher auch nicht nöthig, die an sich vollständig hypothetische Existenz von neuen Centren zu suchen, von welchen jedes an sich dazu bestimmt sein soll einer Sprache zu dienen.

(Revue de médecine).

— Punction des Pericardium. Delorme und Mignon haben Untersuchungen über die Punction und die Incision des Pericardium angestellt und bieten folgendes Verfahren als das sicherste an: Behufs der Punction macht man an dem linken Sternalrande, auf demselben reitend, auf der Höhe des fünften oder vierten Intercostalraumes einen kleinen Hauteinschnitt, dann senkt man die Canüle eines Aspirators am Rande des Sternums ein, wobei die Nadel zuerst genau dem Sternalrande folgt, darauf aber an die hintere Fläche des Knochens gelangt, wo sie 1 ctm. weit geführt wird. Jetzt wird sie direct nach unten und etwas nach hinten gestossen, einige Centimeter tief, bis Flüssigkeit in den Aspirator eindringt. Die Nadel streift die vordere Herzoberfläche und dringt in den vorderen, unteren Sinus pericardialis, welcher einige Centimeter tief ist. Das Characteristische dieser Methode besteht in dem Befreien und Rückweichen des linken

Pleuralrandes, welcher grundsätzlich hinter dem Sternum zu suchen ist.

(Semaine médic. Bulletins de l'Académie.)

— Intoxicationserscheinungen durch äussere Anwendung des Wismuth. Gaucher und Bailli berichten von 4 Fällen, in welchen nach äusserer Anwendung von Bismuthum subnitricum Vergiftungserscheinungen aufgetreten waren. In 3 Fällen handelte es sich um Ulcus cruris, im vierten um multiple Brandverletzungen. Die Kranken waren täglich mit Bismuth. subnitr. verbunden worden. Die ersten Symptome, durch welche sich die Vergiftung kundgab, war das Erscheinen eines Saumes am Zahnfleische, welcher viel Aehnlichkeit mit dem Bleirande hatte, aber etwas mehr schieferartig war als jener. Ausserdem wurden noch auf den äusseren Wangenflächen Tättovirflecken beobachtet. Wurde die Anwendung des Wismuths fortgesetzt, so trat eine ächte Stomatitis hinzu, welche alsbald von Secundärinfectionen gefolgt war. Das Aussetzen der Wismuthverbände jedoch brachte die Erscheinung sofort zum Schwinden. Die chemische Analyse des Präparates zeigte, dass dasselbe vollkommen rein war und weder Salze, noch Blei, noch Arsenik enthielt.

(Semaine méd.)

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Vierte Sitzung.

Freitag, den 15. Sept. 1895, 5 Uhr Nachmittags.

1. Dr. H. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber die Ursachen des Trachoms“.** («St. Petersb. med. Wochenschrift».)

Discussion:

a) Dr. E. v. Hirschheydt: Die Erwägung einiger allgemein für das Sarkom als wesentlich anerkannter Eigenschaften lasse die Berechtigung der vom Vortragenden hervorgehobenen Analogie zwischen Trachom und Sarkom fragwürdig erscheinen. Das Sarkom sei gekennzeichnet durch seine Malignität, durch den Charakter einer Allgemeinerkrankung und durch die Metastasen während das Trachom ein durchaus lokales Individuum sei und des malignen Charakters entbehre.

b) Dr. H. v. Krüdener: Die Analogie zwischen dem Trachom und den Tumoren liege in der Neubildung und in dem Zerfalle der neugebildeten Massen. Ferner sei hervorzuheben, dass das Sarkom nicht immer einen malignen Charakter habe. wie z. B. das Riesenzellensarkom des Unterkiefers.

c) Dr. H. Truhart citirt die Forschungen Schmidt-Rimpler's auf dem einschlägigen Gebiete: genannter Autor habe 1888 auf dem Heidelberger Congresse Mittheilung über die von ihm gezogenen Reinkulturen gemacht, die den Reinkulturen Sattler's und Michel's analog gewesen seien. Es würde Redner von Interesse sein, zu erfahren, ob Schmidt-Rimpler nachträglich eine etwaige Entdeckung von Coccen zur Veröffentlichung gebracht hat.

d) Dr. v. Krüdener: ihm seien weitere Publikationen Schmidt-Rimpler's nicht bekannt als die, welche 1888 auf dem Heidelberger Congresse zur Sprache gelangten.

e) Dr. A. Schabert: Der erste Eindruck der v. Krüdener'schen Zeichnungen lasse der Vermuthung Raum, als könnte es sich, — in Anbetracht der Configuration und scharf geschnittenen Conturen der Pigmente — um Russ oder anderes Fremdkörpermaterial handeln. Wäre solche Vermuthung von der Hand zu weisen, wenn in Berücksichtigung gezogen wird, dass zum Nachweise eines organischen Elementes stets der Zellkern erforderlich ist? Dieser zum Pigmente in Beziehung stehende Kern sei in den v. Krüdener-schen Untersuchungssubstraten nicht nachgewiesen.

f) Dr. H. v. Krüdener: Der Gedanke an eine etwaige Verunreinigung ist schon aus dem Grunde zurückzuweisen, weil sich die Pigmente im geschlossenen Follicel befinden. Ein Kern liess sich allerdings auch an den scharf begrenzten Bildungen nicht nachweisen und ein Entfärben der Gebilde gelang nicht.

g) Dr. H. Truhart: ihm seien die diesbezüglichen Untersuchungen Prof. Rählmann's bekannt, welche keine Kernbildung ergaben.

Was die Entstehung des Trachomes belange, so spreche für die Neubildung der Umstand, dass Trachomfollikel auch auf der Caruncel entdeckt werden, während die letztere bei bestehendem Follicularcatarrh von jeglicher Follikelbildung frei bleibe.

2. Dr. R. Otto hält seinen angekündigten Vortrag: **„Heiserkeit“.** («St. Petersb. med. Wochenschrift.»)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün: Der Larynxspiegel sei bereits 1809 oder 1810 von Senn in Genf ersonnen worden: Er combinirte das Instrument in seiner jetzt gebräuchlichen Form, benzinte es aber nicht, weil er dachte, dass man mittelst eines so kleinen Dinges nichts Rechtes sehen könne. Benjamin Bell demonstrirte in London 1829 als Erster die Anwendung des Laryngoskopes. Besondere Verdienste um die Verbreitung des Laryngoskops erwarb sich Emanuel Garcia, der übrigens nicht Arzt sondern Gesanglehrer war.

b) Dr. R. Otto erwidert, dass ihm weniger daran gelegen gewesen sei, die historische Seite in der Frage der Erfindung des Kehlkopfspiegels zu berücksichtigen als vielmehr das Ganze zusammenzudrängen, was sich naturgemäss um den Specialstoff sammle. Er wolle gerne zugeben, dass Garcia nicht der allererste Erfinder des Laryngoskopes war, indess habe er völlig unabhängig von früheren Einflüssen seine Erfindung gemacht, die dann glücklicherweise die beste Vertretung und Ausbeutung ihrer Technik durch Türk und Czermak gefunden hat.

3. Dr. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung“.** («St. Petersb. med. Wochensch.»).

Discussion:

a) Dr. E. Mey bemerkt dem Vortragenden gegenüber, dass Letzterer die Folgen des einfachen Schnupfens zu tragisch dargestellt habe, während die länger dauernde Coryza luetica schon viel eher von schlimmen Folgen begleitet werde.

b) Dr. P. Bergengrün: Gewiss dauere die Coryza luetica länger als die Coryza simplex und könne darum eher verderblich sein. Wenn jedoch der gewöhnliche Schnupfen lange dauert, so sei er ganz bestimmt sehr lebensgefährlich.

c) Dr. R. v. Rimscha hebt in Anknüpfung an ein von Dr. Bergengrün demonstrirtes Bild hervor, dass die Vegetationen bei postrhinoscopischer Untersuchung kleiner erscheinen als sie in der That sind. Redner konnte in einem Falle, wo die adenoiden Vegetationen einen postrhinoscopisch bis zur Höhe der mittleren Muschel reichenden charakteristischen Zapfen zeigten, — denselben Zapfen von vorne sehen und dieses Mal reichte er bis zum unteren Rande der unteren Muschel. Es gelang nun, von vorne den Zapfen mit der kalten Schlinge zu entfernen und damit zu constatiren, dass es sich bei beiden Untersuchungen um denselben Zapfen gehandelt hatte. Um sich von der Grösse der adenoiden Wucherungen zu überzeugen, ist es erforderlich von vorne zu untersuchen.

d) Dr. E. Anders bestätigt aus eigener Erfahrung die Schilderung und Beobachtung geistiger Verstumpfung der mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder und macht auf das häufige Vorkommen des pectus carinatum bei diesen Patienten aufmerksam.

e) Dr. R. Otto: Im Anschluss an die Ausführungen des Herrn Dr. Anders möchte Redner die von ihm gemachte überaus häufige, doch offenbar nicht zufällige Beobachtung registriren, dass es sich bei solchen durch die adenoiden Vegetationen herbeigeführten Formveränderungen des Thorax um ein gleichzeitiges unverhältnissmässiges Wachsthum der Kinder handele; indem es den Anschein gewinnt, wie wenn der verkürzte Tiefendurchmesser des Thorax durch Compensationserscheinungen ausgeglichen würde. In einigen, bezüglich der Anamnese vom Redner genau requirirten Fällen konnten junge Leute ihres zu geringen Brustmasses wegen der Wehrpflicht nicht genügen; alles Fälle, in denen es sich zweifellos in der Jugend um adenoide, jetzt der Atrophie verfallene Vegetationen gehandelt hatte.

f) Dr. P. Bergengrün: Es wäre wünschenswerth, dass jedes durch die erwähnten Wachsthumserscheinungen gekennzeichnete Individuum untersucht würde, behufs Constatirung etwa vorhandener adenoider Vegetationen. Die Missverhältnisse des Körperbaues könnten eventuell auch auf schlechte Ernährung, Tuberculose, hereditäre Lues etc. zurückgeführt werden. Dass die mit adenoiden Vegetationen behafteten Kinder fast alle schmalschulterig und engbrüstig sind, ist eine Beobachtung, die Redner mit Herrn Dr. Otto ganz und gar theilt.

g) Dr. R. v. Rimscha: Bei näherer Prüfung der psychischen Defecte an den mit adenoiden Vegetationen behafteten Kindern lasse sich nachweisen, dass speciell die Unaufmerksamkeit zum grössten Theile auf schlechtem Gehöre beruht. Die Eltern geben an, das Kind höre gut, es frage zwar zuweilen «was», wenn man jedoch die Frage nicht wiederhole, so lässt sich beobachten, dass das Kind die Frage wohl verstanden hat. Dieser Umstand ist nach den Beobachtungen Redners auf Herabsetzung des Gehöres (bis etwa auf 1/3) zurückzuführen. Das betreffende Kind hört zur Noth, deutlich aber erst auf directe Anrede, wodurch es mit der Zeit unaufmerksam wird.

h) Dr. P. Bergengrün: Es sei nicht immer genau zu constatiren, ob das Kind in der That nicht hören kann oder

ob es sich um die erwähnte Aprosexia nasalis handelt, die das Kind an einer richtigen Antwort verhindert; Thatsache sei, dass es häufig factisch nicht begreift, worum es sich handelt.

i) Dr. R. v. Rimscha fragt (recurrirend auf die diesbezüglichen Ausführungen des Vortragenden) in wieweit der Nachweis dafür erbracht sei, dass Kälte eine Vergrösserung der Schwellkörper hervorrufe?

k) Dr. P. Bergengrün: Es sei eine von anerkannten Grössen (soweit es Redner erinnerlich von Zarniko und Moritz Schmidt) oft hervorgehobene und vom Redner an seiner eigenen Person beobachtete Thathsache, dass sich die Nase in der Kälte umsomehr verengert je höher der vorhandene Kältegrad ist. Aus diesem Grunde leiste die Nase als Sicherheitsventil gegen Lungen — und Halserkrankungen das, was ihr als Schutzvorrichtung zukomme.

4. Dr. R. v. Rimscha hält seinen angekündigten Vortrag: **„Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena“.** («St. Petersb. med. Wochenschrift».)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün: Welch ein Act der Menschenfreundlichkeit in der Beobachtung und Therapie so vieler Fälle von Ozaena liegt, könne nur der ermessen, der selbst einem Ozaenafalle gegenüber zu sitzen und den pestilenzialischen Gestank einzuathmen, Gelegenheit hatte. Redner habe einer solchen That des Herrn Dr. v. Rimscha beigewohnt, bei welcher es gelang, den Gestank für eine Zeit von (seither) 1½ Jahren zu beseitigen. Pat. kam nach 6 Monaten in Redners Behandlung, litt an Schwindel, Kopfweh bis zur Unsinnigkeit, war unfähig zu jeglicher geistigen Beschäftigung. Redner amputirte ihm beide unteren Muscheln, kratzte beide Keilbeinhöhlen aus und erzielte rechts Heilung, links blieb noch minimale Eiterung nach. Schwindel, Kopfweh und Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung waren dauernd beseitigt. In diesem Falle konnte man in beide Meatus des Keilbeines hineinsehen, was sehr selten gelingt.

b) Dr. R. v. Rimscha habe nach einmaliger schlimmer Erfahrung speciell darauf geachtet, ob nicht Defecte in der Keilbeinhöhle vorkommen und es habe den Anschein, als ob diese nicht sehr selten vorkommen. Man fühle neben dem rauhen Knochen weiche Stellen, bei deren Berührung vom Patienten Schmerzen angegeben werden. Wahrscheinlich also handle es sich hier um die blosgelegte Dura.

c) Dr. Bergengrün: Was die Beseitigung des Gestankes durch Jod-Jodkali-Glycerin betreffe, so sei zu erwähnen, dass dieselbe symptomatisch, auf kurze Zeit sehr wohl gelingt. Das Anerkennenswerthe und Hervorragende liege aber in der so selten vorkommenden Radikalheilung der von Dr. v. Rimscha erwähnten Patientin V. L. und des auch vom Redner gesehenen Falles.

5. Dr. F. Voss ist amtlich verhindert auf dem Aerztetage zu erscheinen und muss daher der von ihm angekündigte Vortrag: **„Facialislähmung bei acuter otitis media und ihre Behandlung“** fortfallen.

6. Dr. E. Anders theilt ein Verfahren bei **„Trepanation des Warzentheiles am Felsenbeine“** nach otitis media mit, das er mit Ausschliesslichkeit seit Jahren geübt hat und demonstrirt hierzu Knochenpräparate.

Die Aufgabe, die Referent sich hierbei stellt, ist: auf dem kürzesten und gefahrlosesten Wege in das antrum mastoideum zu gelangen und dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen, resp. von hier aus unter genauer Orientirung bis zum cavum tympani vorzudringen. Zu diesem Zwecke stellte Referent zahlreiche Untersuchungen am Schädel an, welche sich vorherrschend auf Minderjährige bezogen. — Nachdem die Felsenbeine beiderseits herausgenommen, — wurden sagittale Sägeschnitte durch den Knochen angelegt das antrum mastoideum treffend. Die topographischen Studien des Referenten über die Lage des antrum mastoideum erwiesen dasselbe hauptsächlich oberhalb und etwas nach hinten von der oberen Wand des meatus auditorius externus. Die linea temporalis bietet keinen Massstab für die Lage der mittleren Schädelgrube, deren Boden in einer ganzen Reihe von Fällen tiefer als jene liegt. Referent demonstrirt an vorgelegten Präparaten, wie die durch die linea temporalis durchgestossenen Stahlnadeln meist in die mittlere Schädelgrube eindringen. Sehr zahlreich sind auch im Kindesalter die sog. gefährlichen Felsenbeine. An mehreren Präparaten zeigt Referent, wie der processus mastoideus durch sehr weite Vorwölbung des sulcus transversus bis auf einen schmalen Knochenstreifen reducirt erscheint. Hintere und mittlere Schädelgrube drängen den Knochen oft so zusammen, dass sich auf dem Sägeschnitte ein Knochendreieck darstellt, in dessen Mitte, mehr an der Basis desselben, sich des antrum mastoideum befindet. In den Fällen, in denen eine otitis media vorgelegen hatte, findet sich das antrum mastoideum bedeutend erweitert. Referent zeigt, wie in einer Reihe von Fällen die gewöhnlich üblichen Verfahren (ins besondere nach Schwarze) die Eröffnung der hinteren und mittleren Schädelgrube kaum vermeiden lassen. In Anlehnung an Andere, besonders an Hartman, findet Referent folgenden Weg zur sichersten und gefahrlosesten Eröffnung des antrum mastoideum. Letzteres ist zunächst zu eröffnen, wobei der gestaute Eiter sogleich nach wenigen Meisselschlägen hervorquillt. Von hier ist es leicht, sich über die Nahe der hinteren und mittlern Schädelgrube zu orientiren. Nachdem die Ohrmuschel nach vorne umgeschlagen und der Eingang des meatus auditorius etc. durch Zurückschieben des Periostes freigelegt ist, wählt Referent für das Ansetzen des schmalen Meissels einen Punkt, der einige mm. unterhalb der spina supra meatum gelegen ist und meisselt in einer Richtung von vorne aussen und unten nach hinten innen und oben. Man gefährdet keinesweges die mittlere Schädelgrube sondern gelangt gewöhnlich je nach dem Alter der Patienten in einer Tiefe von 3—5 mm. in das antrum mastoideum. Jetzt ist es leicht, sich weiter zu orientiren. Begnügt man sich mit der Eröffnung des antrum, vielleicht mit der Ausräumung der Zellen, wenn solche vorhanden und infiltrirt sind, — so hat weiter nichts zu geschehen.

Soll weiter vorgedrungen werden, so ist jetzt die Richtung des Meissels zu verändern und zwar die meist übliche von oben aussen und hinten nach unten innen und vorne zu verfolgen um an den kuppelförmigen Raum des cavum tympani zu gelangen. Einige der demonstrirten Präparate zeigen, wie bei der sehr grossen Enge des Raumes ein anderer Weg kaum erübrigt. Aber auch an den anatomisch bequem liegenden Felsenbeinen ist der Weg ein praktischer zur Orientirung über die Lage der benachbarten Schädelgruben. — Referent erinnert an die Fälle, in denen der etwas weiter nach hinten aufgesetzte Meissel mit den ersten Schlägen den sulcus transversus erscheinen lässt. Referent hat die Fälle im Auge, wo der pathologische Process den Weg des Vorgenens noch nicht durch Durchbruch nach aussen vorgezeichnet hat, wo die Eröffnung der Schädelgruben contraindicirt ist, wo im Gegentheile, eine intacte Corticalis die Beurtheilung der topographischen Verhältnisse ausschliesst.

(Autoreferat.)

Discussion:

a) Dr. P. Bergengrün fragt an, ob Herr Dr. Anders die linea temporalis immer als Ausgangspunkt bei der Meisselung an erwachsenen Individuen nimmt oder ob er mit dem allgemein anerkannten Standpunkte übereinstimmend die linea temporalis für die extremste Grenze hält, die irgend erlaubt ist?

b) Dr. E. Anders: Es wäre zu rathen, ein für alle Mal für das Kindesalter die linea temporalis nicht zur Richtschnur zu nehmen, da sie meist höher steht als der Boden der mittleren Schädelgrube. — Für Erwachsene wäre es gewiss auch opportun nur eine Linie, die bis zu ½ ctm. unterhalb der linea temporalis liegt zur oberen Grenze für die Trepanation zu nehmen, da auch bei Erwachsenen nicht gar selten die geschilderten topographischen Verhältnisse statthaben.

c) Dr. v. Rimscha dankt Herrn Dr. Anders für die werthvollen Mittheilungen über die Trepanation am processus mastoideus des Kindes. Am Erwachsenen sei es häufig nicht nothwendig bei vorhandener acuter Otitis media das antrum mastoideum zu eröffnen, sondern man könne sich auf Eröffnung der Cellulae mastoideae beschränken.

d) Dr. E. Anders erwidert auf den Einwand des Herrn Dr. v. Rimscha, dass es ihm zu wenig Garantie biete, im Falle einer Mittelohreiterung mit der Eröffnung der cellulae mastoideae vorlieb zu nehmen, er halte bei dem relativ geringen Eingriffe die gleichzeitige Eröffnung des antrum mastoideum für unerlässlich. Nur der letztgenannte Akt sichere den Abfluss des Eiters für alle Fälle, da nur zu leicht eine Verschwellung und Verlegung oberhalb, auf dem Wege zum cavum tympani, bestehen könne.

Schluss der IV. Sitzung.

D. z. Secretair: Ernst Sokolowski.

Vermischtes.

— Zum Gehülfen des Directors des hiesigen Marienhospitals für Arme ist an Stelle des um seinen Abschied eingekommenen Dr. Ssabinski der bisherige Prosector des Hospitals Dr. Kusskow ernannt worden.

— In der chirurgischen Klinik des Prof. Ratimow hierselbst ist am 29. Januar eine chirurgische Operation hier wohl zum ersten Mal nach Feststellung der Diagnose mittelst der Röntgen'schen Strahlen ausgeführt worden. Es handelte sich nämlich um eine 2 Ctm. lange Nadel, welche vor einer Woche in die Muskulatur des Daumens gedrungen aber nicht aufzufinden war. Nachdem nun im physikalischen Cabinet der Academie die Hand eine halbe Stunde den Röntgen'schen Strahlen ausgesetzt worden, konnte an dem photographischen Bilde der Hand die Nadel in Gestalt eines Streifens im Dau-

men deutlich erkannt und durch einen Schnitt in der Richtung des Streifens glücklich entfernt werden. — Wie der «Wratsch» erfährt, sind dem physikalischen Cabinet der mil.-med. Academie, welchem Prof. Jegorow vorsteht, 5000 Rbl. zu Experimenten mit den Röntgen'schen X-Strahlen bewilligt worden. Zugleich hat die Conferenz der genannten Academie aus ihrer Mitte eine Commission, bestehend aus den Professoren Jegorow, (Vorsitzender) Tarenezki, Bechterëw und Ratimow, gewählt, welche die Frage der Anwendung der Röntgen'schen Methode in der Medicin bearbeiten soll.

— Ordensverleihung: Der St.-Annen-Orden I. Classe — dem Conseilsmitgliede des Asyls für Geisteskranke in St. Petersburg. Prof. emer. der militär-medicinischen Academie, Geheimrath Dr. Mierzejewski.

— Ernannt: Der ältere Ordinator des klinischen Elisabeth-Kinderhospitals und Director eines hiesigen Kinderasyls, Staatsrath Dr. N. Lunin — zum consultirenden Arzt für Ohrenkrankheiten bei den St. Petersburger Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, mit Belassung in seinen bisherigen Stellungen; der jüngere Arzt des St. Petersburger Marienhospitals für Arme, Staatsrath Dr. Rybalkin — zum älteren Arzt des genannten Hospitals.

— Verabschiedet: Der Gehülfe des Directors und ältere Arzt des hiesigen Marienhospitals für Arme, wirkl. Staatsrath Dr. Ssabinski, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 21. Februar in Hapsal nach kurzer Krankheit, der dortige Stadtarzt J. W. Dobroslawski im noch nicht vollendeten 40. Lebensjahre. Der Hingeschiedene welcher i. J. 1882 die Arztwürde erlangte, bekleidete seit dem November 1890 die Stelle eines Stadt- und Badearztes in Hapsal. 2) Im Kreise Bobrow (Gouv. Woronesch) der dortige Landschaftsarzt Nikolai Tietz im Alter von 30 Jahren an Diphtherie, mit welcher er sich bei der Behandlung eines Diphtheriekranken inficirt hatte. Der Verstorbene, welcher erst vor 3 Jahren den Cursus an der militär-medicinischen Academie absolvirte, hat seine Frau mit einem Kinde, sowie seine bejahrte Mutter ganz mittellos hinterlassen. 3) In St. Petersburg der Student der militär-medicinischen Academie Nikolai Manswetow. Er hatte sich bei seinen Arbeiten im Laboratorium des Prof. Woronzow auf unerklärte Weise mit Rotzgift inficirt und ging an acut verlaufendem Malleus zu Grunde.

— Am 24. Februar starb am Herzschlage Dr. Adolf Kupffer in Ampel (Estland). A. Kupffer stammte aus Estland, — hatte in Dorpat 1857—61 Medicin studirt, war zuerst Arzt in Rappin (Livland) und seit 1863 Kirchspiels-Arzt in Ampel. Auf diesem letzten Posten hat er in angestrengter und gewissenhafter Pflicht-Erfüllung bis zuletzt ausgeharrt. Seine ganze grosse Clientel — Gutsbesitzer, Pastoren und Bauern, hoch und niedrig, — alle verehrten und schätzten ihn als kenntnissreichen und erfahrnen, unermüdlichen Helfer in der Noth. Sein eisenfester Körper hat durch Jahrzehnte allen Strapazen seines schweren Berufs erfolgreich Trotz geboten. Erst in den letzten Jahren machten sich Zeichen von Arteriosclerose in bedrohlicher Weise bemerkbar. Er ist wie ein Soldat vor dem Feinde gefallen: auf der Heimfahrt von einem Krankenbesuch ist er am Schlage gestorben und wurde den Seinen todt in's Haus gebracht.

Ehre dem Andenken des treuen Mannes!

— Prof. W. W. Podwyssotzki (Kiew) hat, wie verlautet, seine Candidatur beim Concurse zur Besetzung der Professur für Bacteriologie an der militär-medicinischen Academie zurückgezogen.

— In Kasan ist Dr. Agabalow zum Docenten für Augenheilkunde der dortigen Universität ernannt worden.

— Der Privatdocent der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Dr. J. A. Praksin, ist als Consultant für chirurgische Krankheiten an das Tiflische Militärhospital übergeführt worden.

— Prof. Dr. Hofmokl hat die Leitung der ehemals Dittel-schen chirurgischen Abtheilung im Wiener allgemeinen Krankenhause übernommen.

— Prof. Baumann (Freiburg) ist zum Nachfolger von Prof. v. Hoppe-Seyler nach Strassburg berufen worden, hat den Ruf aber abgelehnt.

— Der verstorbene Professor der mil.-med. Academie Tschudnowski hat sein ganzes Vermögen (ca. 40,000 Rbl.) seiner Frau hinterlassen, welche aber, im Sinne des Hingeschiedenen handelnd, sofort ein Testament aufgesetzt hat, laut welches nach ihrem Tode gegen 34,000 Rbl. der Gesellschaft zur Unterstützung unbemittelter Studenten der militär-medicinischen Academie zufallen. Seine gegen 4000 Bände enthaltende Bibliothek hat Prof. Tschudnowski dem weiblichen medicinischen Institut vermacht. («Wratsch».)

— Der Moskauer Kliniker Prof. Dr. Sacharjin hat, wie die Tagesblätter berichten, 50,000 Rbl. zum Besten von Kirchen- und Gemeindeschulen in den Gouvernements Ssaratow und Pensa gespendet.

— An Spenden zum Besten der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im St. Petersburger Gouvernement sind bereits über 51,000 Rbl. eingeflossen.

— Am 24. Februar wurde auf dem Jungfernfelde in Moskau das gynäkologische Institut für Aerzte eröffnet, welches P. G. Schelaputin auf seine Kosten erbaut und der Moskauer Universität geschenkt hat. Der erste lebenslängliche Director dieses Instituts ist Prof. Snegirëw.

— Zum Präses der St. Petersburger städtischen Sanitäts-Commission ist an Stelle des unlängst verstorbenen, um das städtische Sanitätswesen hochverdienten Kammerherrn Schukowski der Stadtverordnete General Pokotilow gewählt worden.

— Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie begeht in diesem Jahre ihr 25-jähriges Bestehen. Der diesjährige Chirurgencongress, welcher in den Pfingstfeiertagen stattfindet, wird daher durch eine Festsitzung im Langenbeckhause unter dem Präsidium von Prof v. Bergmann eingeleitet werden.

— Choleraepidemie in Russland. In der Stadt St. Petersburg sind seit dem 12. Februar Neuerkrankungen an der Cholera nicht vorgekommen. Von den zum 16. Februar in den städtischen Hospitälern verbliebenen zwei Patienten ist der eine am 18., der andere am 19. Februar als genesen entlassen. Da nun auch in den anderen Theilen des russischen Reiches schon seit längerer Zeit keine Erkrankungen an der Cholera vorgekommen sind, so ist ganz Russland als cholerafrei zu betrachten.

— In der nächsten Zeit soll eine neue Zeitschrift erscheinen, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die mit Unrecht so vernachlässigte Geschichte der Medicin und die medicinische Geographie zu pflegen. Der Titel der Zeitschrift ist «Janus», Archives internationales pour l'Histoire de la médicine et la Géographie médicale; sie wird von Dr. H. Peypers (Amsterdam, Parkweg) redigirt. Die Arbeiten können in deutscher. französischer und englischer Sprache abgefasst sein. Unter den Mitarbeitern zeichnet auch Professor Kobert (Dorpat).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Februar d. J. 8791 (129 mehr als in d. Vorw.), darunter 1862 Typhus — (16 wen.), 782 Syphilis — (23 mehr), 187 Scharlach — (10 mehr). 53 Diphtherie — (4 wenig.), 161 Masern — (23 mehr), und 34 Pockenkranke — (2 wen.) als in der Vorw.

Am 24. Feb. d. J. betrug die Zahl der Kranken 8737 (54 wen. als in der Vorwoche), darunter 1968 Typhus — (106 mehr), 765 Syphilis — (17 wen.), 196 Scharlach — (9 mehr) 56 Diphtherie — (3 mehr), 166 Masern (5 mehr) und 29 Pockenkranke (5 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. Februar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
405	317	722	118	66	136	21	11	24	71	62	60	49	51	40	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 36, Febris recurrens 17, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 27, Scharlach 19, Diphtherie, 14 Croup 2, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 40, Erysipelas 10, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 34, Krankheiten des Verdauungscanals 36, Todtgeborene 37.

Für die Woche vom 18. bis 24. Februar 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
425	329	754	145	77	154	23	12	33	72	63	51	51	36	32	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 33, Scharlach 26, Diphtherie 11, Croup 5, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0. Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 66, Todtgeborene 33.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 5. März 1896.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 11. März 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.
Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.
Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34 кв. 13.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 1 Марта 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 9. (21.) März **1896**

Zur Diagnose von Cysticerken im Gehirn.

Von

Dr. E. Moritz.

(Vorgetragen im allg. Verein St. Petersb. Aerzte. 6 Febr. 1896).

Ein durch mehre Monate beobachteter Krankheitsfall, der nicht zu den alltäglichen gehört giebt mir Veranlassung zu dieser Mittheilung. Ich schicke die Krankheitsgeschichte voran:

Ende Mai dieses Jahres besuchte mich in der Ambulanz des Alexander-Hospitals ein junger, blass aussehender Maschinist, über quälenden Kopfschmerz, zunehmende Schwäche und schlechten Appetit klagend. Da ich ausser einer gewissen Anämie an ihm keine objectiven Symptome fand, verordnete ich ein Eisenpräparat und rieth eventuell im Hospital Aufnahme zu suchen.

Am 2. Juni trat Pat. L. H. auf die station. Abtheilung ein mit denselben Klagen: — Dumpfer Kopfschmerz den ganzen Tag, häufig auch in der Nacht. Der Schmerz wird in der Scheitelgegend localisirt, ist beim Stehn stärker als im Liegen. Klopfen am Scheitel sehr unangenehm, steigert den Schmerz. Bei aufrechter Stellung häufig Schwindelgefühl, auch giebt er an, undeutlich zu sehn; öfters Brust- und Rückenschmerz, Schlaf unruhig.

L. H. ist 18 Jahre alt, mittelgross, für sein Alter etwas schwach entwickelt, blass, anämisch, schlecht genährt, Körpergewicht 128½ Pfund. Am Halse etwas geschwellte Lymphdrüsen. An Lungen und Herz normaler Befund, kein Husten, Puls und Temperatur normal. Leib klein, weich, schmerzlos, nur im Epigastrium etwas druckempfindlich; Leber und Milz von normaler Grösse. Zunge belegt, nach dem Essen Gefühl von Völle, Aufstossen mit bittrem Geschmack; Stuhl unregelmässig, Appetit schwach. Urin völlig normal. Patellar-Reflexe herabgesetzt, aber deutlich; Druckpunkte an den Nerven ziemlich ausgesprochen. Nirgend Lähmung oder Sensibilitäts-Störung.

Die Familiengeschichte und Anamnese ergaben keinerlei Belastungsmomente weder Tuberculose, noch Lues, noch Gonorrhoe, noch Alkohol.

Der Eindruck, den der Pat. am ersten Tage machte, bestärkte mich in der bereits in der Ambulanz gewonnenen Meinung, dass es sich um ein durch ungesunde Arbeit und mangelhafte Ernährung heruntergekommnes, in seiner Entwicklung aufgehaltenes jugendliches Individuum handle. Es bestand sicher eine Verdauungs-Störung, — Magencatarrh, welcher in Verbindung mit der Anämie den Kopfschmerz und Schwindel erklären konnte. Es wurde Salzsäure nach der Mahlzeit verordnet, liqu. Fowleri und 1—2 mal täglich Phenacetin 0,5.

In der That besserte sich bald der Appetit, das Aufstossen wurde geringer, aber der Kopfschmerz dauert unverändert fort und wird nur zeitweilig durch Phenacetin und heisse Compressen etwas gelindert. Eine am 5. Juni von Dr. Schröder vorgenommene genauere Augen-Untersuchung brachte uns die gesuchte Aufklärung über die Natur des Kopfschmerzes. Dieselbe ergab Neuroretinitis beider Augen, mässige Schwellung der Papillen; Pupillenreaction gut; Sehschärfe herabgesetzt. Diplopie im untern Theil des Gesichtsfeldes, deren Grund nicht sicher zu bestimmen, weil Pat. unsichre Angaben macht und leicht schwindlig wird.

Nach diesem Befunde konnte es nicht mehr zweifelhaft sein, dass es sich um ein schweres Hirnleiden, vermuthlich einen Tumor handeln müsse, dessen speciellere Localisation freilich bei dem Mangel von Ausfallserscheinungen nicht möglich war. Welcher Art konnte der vermuthete Tumor sein? — darüber waren nur Muthmassungen möglich. Da indessen die einzigen Tumoren, welche überhaupt der Therapie zugänglich sind — gummöse sind, da trotz mangelnder anamnestischer Daten luetische Infection nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, — auch die Drüsen am Halse dieser Auffassung eher günstig waren, — wurde die Therapie geändert. Bei fortdauerndem Bestreben Verdauung und Ernährung zu bessern — wurde ein antiluetisches Verfahren eingeleitet. Am 6. Juni begannen wir Jodkalium, am 13. eine Schmiercur. Die locale symptomatische Therapie des Kopfschmerzes, — Blutegel an das Septum narium oder den proc. mastoideus, Vesicatore im Nacken, — blieb stets wirkungslos. — Es wurden im Ganzen 22 Einreibungen von je 4,0 ungnent. cinereum in 17 Tagen gemacht: das Jodkali wurde mit Bromsalzen combinirt fortdauernd gereicht. Dabei blieb der Zustand während des ganzen Juni-Monats unverändert.

Der Kopfschmerz dauert an, steigert sich bisweilen bis zu unerträglicher Intensität, wobei dann starker Schwindel — bei jedem Versuch den Kopf zu heben, Erbrechen, Würgen und starker Speichelfluss. Während dieser schlimmern Perioden findet man den Pat. meist auf der Seite im Bett liegend mit niedrigem Kopf vorn überbeugt mit dem Gesicht im Kissen; er stöhnt, wirft sich bisweilen ganz herum auf die andre Seite oder verändert sonst die Stellung. Wenn der Schmerz soweit nachlässt, dass man ihn aufrichten kann, sitzt er auf dem Rande des Bettes den Kopf nach vorn gesenkt, das Kinn auf der Brust, setzt dem Versuch den Kopf passiv zu heben Widerstand entgegen; dann klagt er auch stets über undeutliches Sehen, zuweilen Doppelsehn und Schwindel, den er immer «Augenschwindel» nennt. Wenn Pat. im Bett liegt, hält er den Mund meist etwas offen und der Speichel läuft ihm heraus.

— Klopfempfindlichkeit am ganzen Kopf, besonders am Scheitel und etwas dahinter. Auch die Hals- und obern Brustwirbel sind bei Klopfen und bei Druck empfindlich.

Wiederholte Augen-Untersuchungen ergeben stets das gleiche Resultat. Am 28. Juni wurde von Dr. Blessig ausser den Stauungspapillen noch constatirt, dass die Sehschärfe beiderseits auf 0,6—0,7 herabgesetzt war, dass die Doppelbilder auf eine Parese des linken Abducens weisen; bei extremem Blick nach links tritt Nystagmus auf. Die Gesichtsfelder nicht eingeschränkt. Gehör beiderseits gleich und gut.

Als am 1. Juli wieder sehr arge Schmerzanfälle mit all ihren Begleiterscheinungen aufgetreten waren, das Körpergewicht sich um 2 Pfund vermindert hatte — wurde die Schmiercur und das Jod als unwirksam sistirt. Pat. bekam von nun an stärkere Bromdosen (1,0—4 mal täglich) fortlaufend und symptomatisch Codeïn oder bei starkem Anfall Morphiuminjectionen. Nachdem durch 6 Wochen immer normale Temperaturen constatirt waren, wurde nicht weiter gemessen, — Pat. blieb fieberlos bis zum Ende.

Der negative Erfolg der antiluetischen Behandlung bewies uns, dass der vermuthete Hirntumor kein gummöser war; — die Prognose wurde dadurch eine trostlose. Aber welcher Art und wo war der Tumor?

Ein entzündlicher Tumor, also Abscess, — war durch Anamnese und fieberlosen Verlauf ausgeschlossen. Bösartige Neoplasmen schienen uns wegen des anfallsweisen Auftretens der Beschwerden, der starken Schwankungen im Befinden, des Fehlens progressiver Ausfalls-Erscheinungen, — ferner wegen jugendlichen Alters des Pat. unwahrscheinlich. Es blieben nur seltnere Formen — besonders isolirter Tuberkel- vielleicht Cysticercus als Erklärung übrig. Zu Gunsten der Annahme eines isolirten Tuberkels schien mir das anämische Aussehen, die mangelhafte Ernährung und (nach Ausschluss der Syphilis) auch die kleinen Halsdrüsen zu sprechen. Den Sitz der Geschwulst glaubten wir wegen der Sehstörungen, des Schwindels, des Doppelsehns — in der hintern (Occipitallappen oder Kleinhirn) Schädelgrube suchen zu müssen, ohne genauere Localisation.

Vom 8. bis 10. Juli hatte Pat. schwere Tage, heftige Schmerzanfälle wechselten mit starkem Schwindel, so dass er beim Versuch zu gehn taumelt, — jedoch kein eigentliches Romberg'sches Symptom, — Erbrechen; Schlaf nur nach starker Morphiuminjection; wieder Schmerz in Nacken und oberer Brustgegend.

Am 11. Juli gar kein Kopfschmerz, nur mässiger Schwindel, der Gang etwas unsicher, aber nicht mehr so stark taumelnd wie früher. Von da ab anhaltende Besserung durch 6 Wochen; Pat. schläft gut, ernährt sich reichlich, das Körpergewicht steigt um 16 Pfund; — er spaziert viel im Garten, nimmt auch Theil an Spielen — Boule, Domino, — beschäftigt sich mit illustrirten Journälen u. s. w. Eine während dieser Zeit vorgenommene Augen-Untersuchung ergab wenig veränderten Befund, nur ist die Schwellung und Trübung der Stauungspapille geringer; kein deutlicher Bewegungsdefect, Strabismus convergens alternans. — Freilich kamen auch in dieser bessern Zeit geringe Verschlimmerungen vor, — besonders nach einer Fahrt auf der Droschke — aber sie dauerten nur einige Stunden und bestanden mehr in vermehrtem Schwindel als in Kopfschmerz. Trotz aller Besserung blieb Pat. fortdauernd einsilbig, in etwas gedrückter Stimmung.

Am 23. August wieder heftiger Kopfschmerz mit Erbrechen und von da ab 8 Tage lang täglich jeden Morgen heftigster Kopfschmerz meist mit, selten ohne Erbrechen und mit allerlei hysterischen Klagen, — indessen bessert sich das Befinden am Tage und am Abend ist Pat. frei; Migränin.

Vom 1.—9. Sept. folgt eine bessere Zeit, doch machen sich allerlei wechselnde Klagen, die den Eindruck von hysterischen machen, — geltend.

Vom 10. Sept. ab constant stärkere Kopfschmerzen, dazwischen heftigste Anfälle, — Pat. wirft sich umher im Bett, bohrt den Kopf in die Kissen, bisweilen Nackenstarre, — wie es scheint auch Kernig'sches Phänomen, — er schreit, stöhnt, speichelt dabei, scheint aber nicht vollkommen bewusstlos, obgleich er nicht immer antwortet. Cumulirte Morphiuminjectionen bringen etwas Beruhigung.

Am 19. Sept. heftigster Anfall, Pat. schreit laut vor Schmerz, antwortet nicht, wirft sich hin und her; deutliche Nackenstarre, Kopf stark hintenüber gezogen. In der Nacht Krämpfe und Tod.

Die am 20. Sept. ausgeführte Section ergab: Schwellung des Gehirns in toto, plattgedrückte Gyri durch einen enormen Hydrocephalus internus — alle 4 Hirnventrikel stark erweitert. Im Kleinhirn, die obere resp. hintere Wand des 4. Ventrikels tangirend, links zwischen der obern Masse des Kleinhirns und Crus cerebelli ad pontem an die Oberfläche tretend und nach rechts bis dicht an die entsprechende Stelle der Kleinhirnoberfläche heranreichend — eine grosse Cysticercus-Blase. Dieselbe war bei der Herausnahme angerissen, entleerte wässrigen Inhalt und liess sich ohne Widerstand, ohne anhängende Hirntheile glatt herausziehn. In gefülltem Zustand dürfte sie die Grösse eines kleinen Hühnereis gehabt haben — sie hatte die Markmassse des Kleinhirns im Baum auseinandergedrängt, nirgend Erweichungs- oder Zerfall-Herde. Die Blase hatte einen nach innen eingestülpten freibeweglichen Zapfen: Hals und Kopf des Parasiten, — am letztern liessen sich die Saugnäpfe deutlich erkennen. — Sonst nichts Pathologisches.

Bei einem epikritischen Rückblick auf die Krankheitsgeschichte ergiebt sich, dass unsre Diagnose: «nicht maligner Tumor in der hinteren Schädelgrube» bestätigt war, jedoch war's nicht ein isolirter Tuberkel, — was uns am wahrscheinlichsten schien, — und wir müssen bekennen, dass bei genauerer Kenntniss der einschlägigen Literatur die richtige Diagnose doch vielleich möglich gewesen wäre. Bei der Seltenheit dieser Fälle hat jeder Arzt wol nur ganz vereinzelte in seiner Erinnerung. Ich selbst habe auf dem Sectionstisch des Obuchow-Hospitals im Lauf von 22 Jahren allerdings mehrmals Cysticerken des Gehirns gesehn, doch weiss ich nichts von den zugehörigen Krankheitsgeschichten. Nur von einer älteren Frau erinnere ich mich, dass sie an epileptischen Krämpfen gelitten hatte, die sich kurz vor dem Tode häuften und dass bei ihr eine grosse Anzahl von grössern und kleinern Cysticerken an der Hirnoberfläche und im Hirnstamm sich fanden. Abgesehn von den Fällen, in welchen äussere, subcutane Blasenwürmer auf die richtige Deutung schwerer Hirnerscheinungen geleitet haben, ist nur in einem Falle von Griesinger die Diagnose im Leben gestellt worden und im Anschluss an diesen auch in einem Fall von Ferber. Für den Arzt aber hat eine möglichst frühzeitige Erkennung dieser Krankheit grosses Interesse, während die Hirnphysiologie auch von den im Leben unerkannten und unerkennbaren Sectionsbefunden Nutzen zieht.

Ich will nun versuchen aus meinem Falle und den ähnlichen, in Zeitschriften zerstreuten, — diejenigen Momente zusammen zu stellen, welche für den Arzt von Wichtigkeit sind und es ihm unter Umständen ermöglichen eine einigermassen sichere Diagnose zu stellen.

Literatur.

1. Stich. Annalen der Charité V. 1854.
2. Griesinger. Archiv f. Heilkunde III. 1862. S. 207, die bedeutendste und eingehendste Arbeit.
3. Ferber. Archiv f. Heilk. III 1862. S. 530.
4. Merkel. Berl. klin. W 1867. S. 315.
5. Leudet. Ref. Schm. Jahrb. 1874. III. S. 211.
6. Fredet. Ref. Cbl. f. m. W. 1875 (nach Union médicale).
7. Mader. Ref. Cbl. f. m. W. 1875 (nach Ber. d. Rudolphs-Stift).
8. Goldschmidt. D. Arch. f. kl. Med. 40. S. 404.
9. Boese. Berl. kl. W. 1877. S. 364.
10. Zadek. Berl. klin. W. 1883. S. 762.
11. Bergkammer. D. med. W. 1885. № 29.
12. Frideberg. Berl. kl. W. 1895, № 33.
13. Gulliver. Brit. m. Journ. 1885. 24. Oct.
14. Cox. Brit. m. Journ. 1889. 16. März.
15. Michael. 1889. D. Arch. f. kl. Med. 41.

Küchenmeister's Arbeit 1866 citirt bei Heller, — Orig. mir nicht zugänglich.

Ferner die Lehrbücher von Hasse, Heller, Eichhorst, Strümpell.

Der Fall von Griesinger, welcher im Leben richtig erkannt wurde, trat ein in die Klinik 6 Wochen, nachdem ein andrer bald nach der Aufnahme unter Convulsionen verstorbener Mann bei der Section Cysticerken erwiesen hatte. Das eben beobachtete Krankheitsbild war frisch in der Erinnerung:

Ein 44-jähriger Tagelöhner erkrankte Mitte December 1861 mit Zuckungen im rechten Bein, die anfangs nur momentan waren und seltner kamen, seit Anfang Januar

1862 aber schon täglich mehrmals sich wiederholten; darauf verbreiteten sie sich auch auf den rechten Arm. Während der Anfälle war Pat. etwas verwirrt, selten ganz bewusstlos, in den Pausen fühlte er sich wohl und bemerkte nur eine zunehmende Schwäche der rechtseitigen Extremitäten. Bei der Aufnahme 17. Januar 1862 waren die Krämpfe sehr häufig — bis zum Tode am 19. Jan. c. 170 Anfälle von ca. 5 Min. Dauer. Rasch wurden die Lähmungen ausgebreiteter, das Sensorium in den Pausen immer mehr benommen, die linke Körperseite betheiligte sich an den Krämpfen und der Lähmung — der Tod erfolgte unmittelbar nach einem Anfall. Die Diagnose wurde durch Ausschliessung aller andern etwa denkbaren Hirnaffectionen und durch die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit dem vorher secirten Fall gewonnen.

Es fanden sich zahlreiche Cysticercusblasen auf Basis und Hirnoberfläche links und einige rechts, Hirnsubstanz intact.

Ausser seinen 2 Fällen hat Griesinger noch 50 andere aus der Literatur gesammelt und gestützt auf dieses Material in wahrhaft meisterhafter Weise die Cysticerkenkrankheit des Gehirns dem damaligen (1862) Standpunkt unsrer Kenntniss von den Hirnfunctionen entsprechend abgehandelt. Für meine heutige Aufgabe, die Diagnose des Hirncysticercus, die nicht prätendirt das Thema zu erschöpfen, — kann ich von der Betrachtung einen Theil des casuistischen Materials ausschliessen. Es sind das 1) alle die Fälle, welche bei der Obduction an anderen Krankheiten Verstorbener gefunden wurden, — in welchen die Cysticerken keine intra vitam constatirten Symptome gemacht haben. 2) Alle die Fälle, welche mit schweren psychischen Störungen einhergingen, so dass sie nur vor den Psychiater competiren. 3) Alle Fälle, die erst nach erfolgter Apoplexie oder bei schon bestehendem Hirn-Abscess zu ärztlicher Kenntniss gelangen; in diesen wird die Existenz eines Cysticercus natürlich nicht diagnosticirbar sein.

Alle übrigen Fälle — die also für die Diagnose überhaupt in Frage kommen — haben das gemeinsam, dass sie das Bild einer schweren Hirnkrankheit darstellen; dieses Bild jedoch entwickelt sich meist allmählig, die ersten Anfänge sind so gering, dass längere Zeit vergehen kann, bis der Ernst der Situation erkennbar wird. Die ersten Symptome sind selbstverständlich sehr verschieden je nach dem Sitze und der Anzahl der Parasiten. Sehr stürmisch und in einigen Wochen tödtlich sind die Fälle von sehr zahlreichen Blasen; die Fälle dagegen, in denen nur 1 Blase gefunden wurde, pflegen einen sehr protrahirten, selbst über Jahre sich erstreckenden Verlauf zu nehmen — bis 6 Jahr wird angenommen.

Da die grosse Mehrzahl der bekannten Fälle mehr als einen Cysticercus erwiesen haben, manche sehr zahlreiche, — muss das Symptomenbild ein combinirtes sein. welches sich aus den Localsymptomen verschiedener Herde zusammensetzt. Der häufigste Sitz der Blasen, besonders der multiplen, ist die Hirnoberfläche, — besonders die Subarachnoideal-Räume sowohl an der Basis, als an der Convexität, danach sind's die Plexus chorioidei die graue Substanz der Hirnoberfläche und die Wände der Ventrikel; selten sitzen die Blasen in der weissen Markmasse und noch seltener finden sie sich frei in den Ventrikeln. Fast immer besteht starker Hydrocephalus internus; die Umgebung der Blasen ist meist nur auseinandergedrängt selten findet sich reactive Entzündung, Meningitis und Abscessbildung; dagegen sind Apoplexieen bei älteren Leuten häufig constatirt. Verkalkte geschrumpfte Blasen wurden öfters gefunden; sie stellen eine Art Naturheilung dar.

Unter den frühesten Symptomen steht voran der Kopfschmerz, der in wechselnder Intensität oft das alleinige Symptom durch lange Zeit bleiben kann; bei gesteigertem Kopfschmerz ist stets auch Uebelkeit, oft Erbrechen vorhanden.

Krämpfe unter dem Bilde epileptischer Anfälle sind ebenfalls sehr häufig und scheinen oft den Charakter der corticalen Epilepsie zu tragen. d. h. sie sind einseitig und anfänglich ohne vollkommnen Bewusstseins-Verlust.

Lähmungen sind selten, — kommen nur gegen das Ende eines stetig progressiven Verlaufs vor und zwar in den Gebieten der zuerst und am meisten von Krämpfen heimgesuchten Region.

Schwindel ist ein häufiger Begleiter der Kopfschmerzen, kommt aber auch ohne letztern vor, namentlich beim Sitz der Cysticerken im Kleinhirn. Während der «Anfälle» von Krämpfen, Kopfschmerz oder Schwindel und gleich danach wird bisweilen psychische Alteration, Verwirrtheit beobachtet.

Leichtere nervöse Symptome, die in ihrem wechselnden gewissermassen «launischen» Charakter den Eindruck von hysterischen machen, werden bei länger dauerndem Verlauf oftmals beobachtet. In unsrem Falle machte gerade in den relativ bessern Stunden zwischen heftigen Schmerzen, Schwindel-Anfällen der Patient ganz den Eindruck eines hysterischen; seine Lamentationen liessen sich durch Zuspruch, durch leichtes hypnotisirendes Streichen einigermaassen beruhigen.

Eine deprimirte, traurige Gemüthsstimmung bleibt auch während längerdauernder guter Perioden die vorherrschende.

Ein wichtiges, vielleicht das wichtigste objective Symptom ist die Stauungs-Papille resp. die Neuroretinitis. In der ältern Casuistik, auch bei Griesinger, fehlen Angaben darüber. — dagegen ist es in allen neuern Fällen constant (auch im Ferber'schen Falle) gefunden worden. Die Bedeutung der Stauungspapille als sicheres Zeichen gesteigerten intracraniellen Druckes wird trotz der Angriffe von Adamkiewicz[1]) allgemein anerkannt und thatsächlich findet man sie bei allen grösseren Tumoren, Abscessen des Hirns u. s. w. Bei unserem Patienten wurde Stauungspapille $3^1/_2$ Monate vor dem Exitus constatirt und bei jeder der wiederholten Untersuchungen im weitern Verlauf persistent gefunden; während der besseren Periode zeigte sich auch in diesem Symptom ein deutlicher Nachlass, doch schwand es nicht ganz und war also das einzige, welches fortdauerte in allen Momenten des wechselnden Krankheitsbildes.

Während der schweren Anfälle, welche einige Tage dem Exitus vorangingen, blieb die Stauungspapille in ihrem relativ gebesserten Zustand, zeigte keine Verschlimmerung.

Ein 2. weniger wichtiges Augensymptom ist Ungleichheit der Pupillen, welche öfters erwähnt wird.

Die Erklärung für das Wechselvolle in den Erscheinungen, speciell für das Auftreten der Krämpfe findet Stich — der erste zuverlässige Autor in dieser Sache — in Bewegungen der Thiere, die ihren Kopf aus der Blase vorstülpen. Griesinger will diese Erklärung nicht bestreiten, äussert aber einige Zweifel, während Ferber Schwankungen im Hydrocephalus internus, Zu- und Abnahme des Druckes für die Ursache hält. Ich habe nach dem, was wir an unserm Kranken beobachteten den Eindruck gewonnen, dass die Verschlimmerungen durch irgend ein Lebendiges hervorgerufen sein könnten, denn sie begannen stets ohne erkennbare äussere Ursache, oft plötzlich und hörten ebenso wieder auf.

Es erscheint mir durchaus nicht plausibel, dass die Hydrocephalus-Flüssigkeit so rasch an- und abschwellen kann; auch blieben die therapeutischen Maassnahmen welche auf letzteren hätten einwirken können (Blutegel, Abführmittel) ohne jeden erkennbaren Erfolg. Wenn die Blasen an der Peripherie des Grosshirns in der Nähe der

[1]) Z. f. kl. M. XXVIII. S. 28.

motorischen Windungen ihren Sitz haben, wo sie am häufigsten sind — ist es sehr begreiflich, dass stärkere Bewegungen eines der Parasiten epileptiforme Convulsionen bewirken; man braucht dazu gar nicht anzunehmen, dass sie nun alle gleichzeitig wie auf Commando ihre Hälse und Köpfe strecken — wie Ferber ironisch meint.

Wie die Cysticerken in's Hirn gelangen, ist wol nicht sicher zu erklären. Griesinger glaubt wegen ihrer Multiplicität, ihres vorzugsweisen Vorkommens an den Hirnhäuten, den Plexus choroidei annehmen zu müssen, dass die Keime in der Blutbahn circuliren und ins Hirn eingeschwemmt werden.

Diejenigen Momente, welche uns bisweilen gestatten würden vor der Obduction auch ohne äussere Cysticerken in Haut und Muskeln eine Diagnose auf Cysticercus auszusprechen, sind folgende:

1. Es bestehen Zeichen einer schweren fieberlosen, nicht entzündlichen Hirnkrankheit mit vorwiegend den Charakter der Reizung tragenden Symptomen.

2. Ausfallserscheinungen, spec. Lähmungen, sprechen gegen Cysticercus (ausser wenn sie das Finale bilden).

3. Stauungs-Papille constant auch bei subjectiv gutem Befinden.

4. Abwesenheit von Lues, Alcoholismus, Arteriosclerose.

5. Die Unterscheidung von andern Gehirntumoren ist nur bei längerdauernder Beobachtung möglich. Die bösartigen Neoplasmen zeigen ein viel gleichmässigeres Fortschreiten zu schweren Störungen. Nur von den Gliomen wird berichtet, dass sie einen protrahirten Verlauf haben, intercurrente Besserungen zeigen können; doch haben, die mir zugänglichen Fälle immer ein schwereres Krankheitsbild ergeben. Die isolirten Tuberkelknoten, welche vorzugsweise im Kleinhirn vorkommen, haben zwar auch einen protrahirten Verlauf, doch sind die Beschwerden, Kopfschmerz, Schwindel viel constanter. Langsam wachsende einzelne Cysticerken machen scheinbar unmotivirte, regellose Verschlimmerungen, mit welchen Zeiten relativ guten Befindens, — selbst subjectiven Wohlseins abwechseln können. Diese Intervalle können Wochen und Monate dauern, werden aber von neuen heftigen Anfällen (Krämpfe, Kopfschmerz, Schwindel) abgelöst.

6. Der Tod erfolgt meist plötzlich in einem Anfall unter Convulsionen.

Aus der mir zugänglichen Literatur habe ich die Fälle in chronologischer Folge zusammengestellt, welche die meiste Analogie mit dem meinigen bieten:

1859. Ulrich. (citirt bei Griesinger.) 27-jähriger Mann — 2 Monate im Hospital beobachtet: Kopfschmerz, unsichrer Gang, Brechneigung, Gesichts-Schwäche, enge Pupillen, Schwäche der unteren Extremitäten. Erheblicher Nachlass aller Erscheinungen während 3 Wochen, danach Wiederkehr aller Symptome unter Steigerung. Epileptiforme Anfälle — Tod im Anfall. Obduct. Hydrocephalus internus; am Boden des 4. Ventrikels eine taubeneigrosse Cyste.

1862. Griesinger. (l. c.) Bereits oben ist Gr. 2 Fall genauer mitgetheilt; in demselben fanden sich viele Cysticerken an der Hirnoberfläche und dem entsprechend standen Convulsionen voran im Krankheitsbilde.

1862. Ferber. 24-jähriger Mann; hatte früher oft Nasenbluten, vor 6 Monaten erkrankt; linksseitiger Kopfschmerz und Erbrechen, Schwindel-Anfälle, mürrisches Wesen, allgem. Schwäche, Stuhl träge, unwillkürlicher Harnabgang. Ophthalmoscopisch: Hyperämie und Schlängelung der Gefässe an der Papille (Stauungspapille?). Nach vorübergehender Besserung, wobei heitere Stimmung eintrat, — kehrten alle Beschwerden in verstärktem Maasse wieder. Einige Tage vor dem Tode traten Krämpfe auf, die sich wiederholten; nach $3^1/_2$ stündigem Krampfanfall — Tod. Obduction: haselnussgrosser Cysticercus im rechten Seiten-Ventrikel, — kleinerer an der Basis; Hydrocephalus internus.

1867. Merkel. a) 13-jähriger Knabe — erkrankt mit «Reissen» im Nacken; 6 Monate später Anfälle von Kopfschmerz, die sich anfänglich alle Monat einmal, später häufiger einstellen. Nach den Anfällen Schlaf, keine Krämpfe, aber ein Gefühl von «Ziehen» im Nacken. Nach 2-jähriger Krankheit im Anfall — Tod. Obduct. Im linken Kleinhirn haselnussgrosser Tumor, der einen kleinen Cysticercus enthielt; eitriger Erweichungsheerd im Kleinhirn, — Hydrocephalus internus.

b) 10-jähriger Knabe. — Im Laufe eines Jahres öfters heftiger Kopfschmerz, bisweilen mit Erbrechen. Bald nach 1 Anfall — Tod. Obduct. Kirschgrosse Blase im aditus ad infundibulum; Hydrocephalus internus.

1875. Mader. 16-jähriges Mädchen erkrankte an Krämpfen — seitdem bis zum 23. Lebensjahr öfters Anfälle von Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Kältegefühl, Durst. — Tod unter Convulsionen. Obduct.: Cysticercus im 3. Ventrikel, Hydrocephalus int.

1883. Zadek. 25-jähriger, gut genährter Soldat erkrankte vor einigen Monaten an Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen. Schwanken beim Gehn und Stehn, Coordinations-Störung, — bisweilen Erbrechen. Pupillen weit, reagiren gut, Doppelsehen beim Fixiren, beim Blick auf die Seiten Nystagmus, Verschwimmen der Buchstaben beim Lesen, — Stauungs-Papille. Diagnose: Hydrocephalus int., Tumor in der hinteren Schädelgrube, — vermuthlich Cerebellum. Nach 5-tägiger Beobachtung in der Nacht Tod unter Krämpfen. Obduct. Mehrere Cysten, Linsen- bis Erbsen-gross, frei im 4. Ventrikel (Cysticercus racemosus); Hydrocephalus internus.

1895. Friedeberg. 24-jähriger Arbeiter — $^3/_4$ Jahr krank mit Anfällen von Kopfschmerz, der vom Genick zum Scheitel strahlt, — Schwindel, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Pupillen eng, reagiren träge, Doppelsehn. Schwäche der Beine, bes. links, auch der linken Hand, Gang taumelnd, Zähneknirschen bei Schmerz. Tod plötzlich. — Obduct.: Im linken Kleinhirn, hart am 4. Ventrikel ein walnussgrosser Cysticercus.

1889. Michael. 20-jähriger Bergmann. 5 Monate Dauer, Erkrankt mit Kopfschmerz und Müdigkeit, Durst, Diabetes mellitus. Vorübergehende Besserung. Tod in Coma. Obduct. Freier Cysticercus racemosus im 4. Ventrikel; mässiger Hydrocephalus int.

Nachdem ich nun das Material, aus welchem meine Kenntniss der Cysticerken-Erkrankung stammt, sowohl das eigne als das fremde, — Ihnen dargelegt habe, — glaube ich mich berechtigt, einen Krankheitsfall Ihnen mitzutheilen, welcher vor einigen Jahren ausser mir selbst auch eine Anzahl andrer hochangesehener Collegen des In- und Auslandes beschäftigt und zu vielen diagnostischen Discussionen Veranlassung gegeben hat. Der Fall endete letal, die Obduction war nicht gemacht — Patient war eben an einer dunkel gebliebnen Hirnkrankheit gestorben. Jetzt glaube ich mit grosser Wahrscheinlichkeit jenen Fall als Cysticercus in der hintern Schädelgrube diagnosticiren zu können, denn seine Uebereinstimmung mit meinem Falle und den Fällen von Ulrich, Ferber, Mader, Zadek, Friedeberg ist so frappant, dass mir ein Zweifel kaum möglich erscheint. Die beiden Fälle, mein erster und der nun folgende — gleichen sich so auffallend, dass unabhängig von mir auch dem Collegen Dr. Schröder, der beide gekannt und ophthalmoskopisch untersucht hat — die Identität derselben sich aufdrängte.

A. M-C. war das jüngste Kind einer schwindsüchtigen Mutter, die kurze Zeit nach seiner Geburt ihrem Leiden erlag. Der verwaiste Knabe wurde von einer kinderlosen Schwester der Mutter adoptirt und mit grösster Sorgfalt gepflegt und erzogen. Da man hereditäre Anlagen befürchtete, verbrachten die Pflege-Eltern mehre Winter im Süden; so wuchs er zu einem mittelgrossen ziemlich kräftigen Jüngling heran, bei welchem nur eine gewisse Disposition zu Catarrhen der Luftwege und gelegentlich damit verbundne asthmatische Zustände an die hereditäre Belastung erinnerten.

Sein Leiden begann im Alter von 23 Jahren, als er Student der hiesigen jurist. Facultät war. Um Neujahr 1886 auf einer Reise aus Deutschland hierher hatte er sich sehr unwohl gefühlt und Kopfschmerzen gehabt, — aber erst am 1. October 1886 erkrankte er deutlich mit heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Am 6. October wieder Kopfschmerz und Uebelkeit. 17. Nov. heftiger Anfall von Kopfschmerz mit Erbrechen, liegt den ganzen Tag zu Bett, kann nichts geniessen. Nach Besserung am 18. Wiederkehr der Kopfschmerzen am 19. Nov., Erbrechen; — die Tage bis zum 24 fühlte er sich fortdauernd schlecht, schwach, schlief viel. Am 25. Nov. auffallend frisch und munter; am 28. leichtere Kopfschmerzen. Im December fühlte er sich ziemlich wohl, — am 1. Januar 1887 erkrankte er noch im Bett am frühen Morgen unter heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen, grosser Schwäche: der Anfall war heftiger als die früheren.

Am 7. Januar wieder ein Anfall, Pat. bleibt im Bett; nachdem er am 8. aufgestanden, sich aber schwach und unwohl

gefühlt, folgte am 9, um 5 Uhr morgens ein sehr starker Anfall; um 9 Uhr eine Art «Krampf», — er blieb den ganzen Tag im Bett, Schwäche Uebelkeit, Benommenheit. In den folgenden 4—5 Tagen besserte sich allmälig der Zustand — von einigen leichtern Schmerzen unterbrochen. — In diese Tage fallen mehre ärztliche Consultationen. Dr. Schröder constatirte beiderseitige Neuritis optica mit starker Schwellung der Papillen, auf der rechten einzelne kleine Blutungen, die Retina fast normal, geringe concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, geringe Herabsetzung der Sehschärfe. Die Augen ermüden leicht. Flimmern. Hienach entstand Verdacht auf ein schweres Hirnleiden, — vielleicht Tumor — Prof. Mershejewski übernahm die Behandlung, welche hauptsächlich eine symptomatische blieb, eine sichre Diagnose wurde nicht formulirt, doch blieb der Verdacht eines Hirntumors bestehn.

Vom 14. Januar bis zum 4. März befand sich Pat. ziemlich wohl, — hatte nur bisweilen eine leichte Benommenheit. In der Zeit vom 4.—18. März schlechtes Befinden und 3 mal stärkere Anfälle mit Erbrechen, — sehr matt, gedrückte Stimmung, liegt meist zu Bett. 18. März bis 13. April besseres Befinden, am 14. April ein starker Anfall, der die ganze Nacht dauert; 11. und 13. Mai Anfälle von mehrstündiger Dauer, Kopfschmerz, Erbrechen, Ohrensausen.

7. Juni Anfall. 10–15. Juni Kopfschmerzen, Ohrensausen; Weinkrämpfe, trübe Stimmung; Frösteln.

6. Juli leichter Anfall; 26.—31. Juli leichtere Kopfschmerzen Frost, Schwäche.

Die im Februar, März, April, Mai und Juli vorgenommenen Augen-Untersuchungen ergaben eine Besserung der Sehschärfe die auf dem rechten Auge die Norm erreichte, auf dem linken etwas unter derselben blieb. Die Einengung des Gesichtsfeldes nahm ab, der Farbensinn blieb normal. Mit dem Spiegel lässt sich ein langsames Schwinden des Exsudates und Abnahme der Schwellung der Papillen nachweisen, so dass am 1. Juli nur noch wenig Schwellung und Exsudat, keine Blutergüsse vorhanden waren.

20. Aug. Anfall; 22. August sehr aufgeregt, ängstlich.
4. October. Plötzlicher Anfall am Abend, Zittern am ganzen Körper, den ganzen October schlechtes subjectives Befinden, kein Anfall.

Im November wurde eine Reihe von Pilocarpininjectionen (12) gemacht, während welcher Zeit Pat. sich im Allgemeinen schlecht, schwach fühlte. In den Weihnachtstagen 1887 war sein subjectives Befinden elend, viel leichtere Kopfschmerzen, Es wurde eine kräftigende Diät und entsprechende Mittel (Arsen, Eisen) angewandt. Am 7. Jan. 1888 in der Nacht Erbrechen, starke Schmerzen im Hinterkopf und Schläfe; während des Anfalls auch etwas Schwindel. taumelnder Gang, Pat. wirft sich im Bett hin und her, liegt dazwischen ruhig, dann schnellt er wieder in die Höhe, stöhnt, ruft die Mutter, fällt dann wieder zurück.

Am 1. Sept. ergab die Augenuntersuchung beiderseits erneute Entwicklung einer Stauungs-Papille; am 30. Sept. hatte sie bedeutend zugenommen und das sehr charakteristische blumenkohlartige, schwammige Aussehen bei völligem Freibleiben der Retina angenommen. In den folgenden Monaten bis zur Abreise des Patienten ging die Stauung der Papille stetig zurück, ihre Höhe betrug am 1. März 1888 — 2 Mm., am 15. April 1 Mm., am 23. Mai 0,5 Mm.; am letzten Datum liess sich eine leichte Entfärbung der Papillen nebst mässiger Verengerung der Arterien wahrnehmen. (Dr. Schröder.)

Die erste Hälfte des Jahres 1888 verging unter abwechselndem Befinden; auf bessere Wochen folgten wieder Anfälle ungefähr von dem gleichen Charakter wie die frühern.

Man reiste in's Ausland. In Heidelberg wurden die Proff. Erb und Becker consultirt. Bei Prüfung des Lichtsinnes am 8. Juni erfolgte ein schwerer epileptischer Anfall, der mit Zuckungen der rechten Hand und Gesichtshälfte begann, keine Ausfallserscheinungen zurückliess; danach grosse Schwäche und Empfindlichkeit, Aengstlichkeit, Menschenscheu. Prof. Erb hielt die Diagnose für unklar, — jedoch am wahrscheinlichsten Hirntumor (tuberculös?) im linken Stirnlappen.

Am 28. Juni in Badenweiler sehr starker Anfall von Kopfschmerz, Erbrechen, Würgen den ganzen Tag, der Kopf benommen, liegt zu Bett.

Vom 21.—24. Juli starker Druck im Kopf, psychische Depression, Schläfenschmerz. — Am Abend des 24. Juli fühlte er sich sehr viel besser, so munter und frisch wie lange nicht. In der Nacht auf den 25. sehr heftiger Anfall, krampfhafte Bewegungen und während dessen Exitus. Die von Prof. Weil der den Pat. dort behandelte, vorgeschlagene Section wurde leider nicht ausgeführt und der Fall blieb somit dunkel. Prof. Erb sprach sich brieflich dahin aus, dass die Endkatastrophe keinen Zweifel darüber zulasse, dass Pat. an einem Hirntumor gestorben sei; vielleicht einem Gliom, bei welchem Blutung oder hyperämische Schwellung ein plötzliches Ende bereiten können.

Die Gründe, welche mich bestimmen in diesem Falle einen Cysticercus anzunehmen und nicht ein Neoplasma habe ich zum Theil schon angeführt. Es ist 1) die grosse Uebereinstimmung im Verhalten des Patienten im einzelnen Anfall sowohl als in den Intervallen mit meinem ersten Falle; 2) Das allmählige Schwinden der Stauungspapille — in unserem 1 Fall verminderte sie sich auch. 3) Der Tod im Anfall ohne dass eine Lähmung oder ein andres Zeichen für Apoplexie vorhergegangen, — Erhaltung des Bewusstseins bis unmittelbar vor dem Ende.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Professor Dr. Nothnagel. Bd. IV., Th. III. 1. Abtheilung. Acute Exantheme. Einleitung. Masern. Von Professor Dr. Theodor von Jürgensen. Wien 1895. Alfred Hölder.

Die vorliegende Lieferung des Nothnagel'schen Sammelwerkes enthält die Einleitung zu den acuten Exanthemen und eine sehr gründliche Bearbeitung der Masern aus der Feder des bekannten Klinikers, der seine langjährigen Erfahrungen an dem Material der Tübinger Poliklinik in musterhafter Weise zu verwerthen verstanden hat. In der Einleitung bespricht Jürgensen recht ausführlich die Möglichkeit der combinirten Erkrankungen, des gleichzeitigen Auftretens verschiedener acuter Exantheme und führt klinische Belege an, ferner gibt er eine sehr klare Uebersicht über die Prophylaxe und allgemeine Therapie der acuten Infectionskrankheiten. Im speciellen Theil findet der Leser ein vollständiges Bild der Masern; die Darstellung zeichnet sich durch Einfachheit und Klarheit aus, die Schilderungen der Complicationen sind erschöpfend und äusserst lebendig, weil überall die eigenen Erfahrungen angeführt werden; in dankenswerther Weise hat Verfasser die Art der Verbreitung der Masern eingehend berücksichtigt, wobei er seinen Skepticismus gegenüber der Annahme der häufigen Uebertragung des Maserngiftes durch Mittelspersonen oder durch Gebrauchsgegenstände (Briefe, Kleider etc.) äussert. Der praktische Arzt wird aus diesem Werke Anregung und Belehrung in Hülle und Fülle schöpfen können, so dass die Anschaffung dieses Werkes wohl sehr lohnend ist.

Abelmann.

Dr. Adolf Gottstein: Epidemiologische Studien über Diphtherie und Scharlach. Berlin. Verlag von Julius Springer 1895.

In dieser recht interessanten und lesenswerthen Schrift sucht Verfasser auf Grund eines sehr grossen Zahlenmaterials seinen bereits früher vertretenen Standpunkt zu vertheidigen, dass die Diphtherie keine ausschliesslich durch Contagion verbreitete Krankheit sei. Zu seiner mühevollen Arbeit ist G. hauptsächlich dadurch veranlasst worden, dass zwei Forscher, welche sich in jüngster Zeit mit der Verbreitung der Diphtherie vom epidemiologisch-statistischen Standpunkte aus beschäftigt haben, Flügge (Breslau) und Feer (Basel), zu geradezu entgegengesetzten Resultaten gekommen sind. Gottstein verschaffte sich die sämmtlichen ärztlichen Meldekarten, durch welche im Jahre 1885 der Berliner Sanitätscommission Erkrankungen an Diphtherie und Scharlach angezeigt wurden, gegen 11,000 an Zahl. Den Scharlach hat er zu seinen Untersuchungen herangezogen, um die Unterschiede, welche sich zwischen dieser rein contagiösen Krankheit und der Diphtherie ergeben, schärfer zu beleuchten. Wenn wir auch nicht allen Schlussfolgerungen des Verfassers zustimmen können, so sind dieselben doch von grossem Interesse und eröffnen zum Theil neue Gesichtspunkte für die weitere Forschung. In Bezug auf Alter, Geschlecht und Sterblichkeit erfahren wir nichts Neues; bezüglich der Jahreszeiten ergab es sich, dass in den Sommermonaten für die Diphtherie die Morbidität und Mortalität abnimmt, in den Herbstmonaten dagegen zunimmt, während bei Scharlach ein regelloses Ansteigen und Absinken stattfindet. Bei Betrachtung der Gruppenfälle, die einen schwereren Verlauf nehmen, als die einzeln auftretenden Erkrankungen und überhaupt viel seltener beobachtet werden, als beim Scharlach, fand G., dass nur ein Theil der Erkrankungen auf directer Contagion beruhe, ein anderer Theil entsteht von vorneherein aus gemeinsamer Infectionsquelle, ein dritter Theil endlich hat seinen Ursprung in ektogenen Ursachen. In den Capiteln über Infectiosität, erworbene Immunität und Durchseuchung sucht Verf. zu beweisen, dass das Moment der directen Contagion bei endemischer Diphtherie viel weniger in die Waagschale falle, als

beim Scharlach; im Schlusscapitel: über Abwehrmaassregeln führt er einige sehr zu beherzigende Rathschläge an; keineswegs verwirft er die von den Contagionisten vorgeschlagenen Maassregeln — die Desinfection der Umgebung des Erkrankten und die Isolirung der Träger des Contagiums; im Gegentheil G. ist der Ansicht, dass diese Mittel für die Einschränkung contagiöser Krankheiten unzureichend seien, indem sie nur die eine Reihe der Ursachen berücksichtigen und dies oft in rein äusserlicher Form. «Die schönsten Speinäpfe, sagt Verfasser bezüglich der Prophylaxe der Tuberculose, sind ein Hohn auf die Prophylaxe in Arbeitsräumen, die durch Mangel an Licht, Luft und Reinlichkeit aller Grundsätze der Hygiene spotten, deren Bewohner schlecht ernährt und schlecht gekleidet sind; die Sterblichkeit in gewissen Erwerbszweigen ist trotz der Speinäpfe nicht geringer geworden, denn ihre Bacillen haben diese Arbeiter Gelegenheit auch anderwärts zu finden, als in den Fabrikräumen.»

Abelmann.

J. Hermann Baas: Die geschichtliche Entwickelung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1896. Preis 11 Mark.

Dieser «Versuch einer Universalgeschichte des ärztlichen Standes von den frühesten Anfängen und niedersten Stufen bis in unser Jahrhundert ..... und einer darauf basirten Darstellung der Entwickelung der medicinischen Wissenschaften» muss als in allen Richtungen glänzend gelungen bezeichnet werden. Auf knappem Raume (453 Seiten) hat Baas meisterhaft sein riesiges Material zu bewältigen und in gefälliger Form darzustellen verstanden. Keine Frage im ärztlichen Leben, keine noch so specielle Seite unserer modernen Medicin, welche in dem universellen Wissen und dem immensen Fleisse des Verf. nicht ihre genetisch-culturhistorische Erledigung fände. So wird die Lectüre seines Buches zum Genuss und bringt zugleich den Nutzen, «die Entwickelung der Medicin als eines wichtigen Theiles der Gesammtcultur» richtig zu verstehen und zu bewerthen. In Zeiten, wo das Standesbewusstsein unter den Aerzten auf ein bedauerlich niedriges Niveau zu sinken droht, wo die Flucht der neuen Entdeckungen und Errungenschaften zu leicht ein fälschlich gesteigertes Selbstgefühl hervorruft, muss dem Collegen nur warmer Dank gespendet werden, der es unternahm, durch seine rückschauende Betrachtung dazu beizutragen, jene Erscheinungen auf ihr richtiges Maass zurückzuführen.

Das sehr ausführliche Sachregister giebt Hinweise auf jede nur wünschenswerthe Auskunft und das umfangreiche Literaturverzeichniss verweist auf die Quellenwerke zu eventuellem ausführlicherem Studium.

Ein Buch, das wie kein anderes geeignet ist, den Gesichtskreis eines jeden Arztes zu erweitern und zu klären, hat als integrirender Bestandtheil seiner Bibliothek zu gelten, denn mit Recht trägt es das Motto: «Ein Arzt, der nur die Medicin kennt, kennt nicht einmal die Medicin».

Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen

— Zur Behandlung der Malaria. Critzmann will in 4 Fällen von chronischer Malaria mit Erfolg die Ochsenmilz gemischt mit dem Knochenmark angewandt haben.

Die Kranken nehmen täglich 50 Gramm zerhackter Ochsenmilz, welche mit einem Eigelb und mit 10 Gramm Ochsenknochenmark verrieben sind. Nach 2—4 Wochen trat merkliche Besserung des Zustandes ein. Der Allgemeinzustand und Appetit besserten sich und die fieberfreien Intervalle wurden bedeutend länger. Ebenso schwanden Abmagerung, Herzklopfen und Knöchelödeme. Verfasser glaubt, dass man wie bei der Akromegalie, Pachydermie und einigen Infectionskrankheiten, so auch bei der Malaria berechtigt ist mit therapeutichen Mitteln animalischen Ursprungs vorzugehen.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden

14.—16. September 1895.

Fünfte Sitzung.

Sonnabend den 16. Sept. 1895, um 9 Uhr Vorm.

1) L. Kessler. **Nochmals über eine Frage aus dem Gebiete des Selbstbestimmungsrechtes der Frau.**

Vortr. berichtet zunächst über die Ergebnisse der laut Beschluss des II. livl. Aerztetages (Wenden 1890) von ihm angestellten Enquête bezüglich etwaiger durch Verweigerung oder Behinderung ärztlicher Hülfeleistung von Seiten des Ehemannes verschuldeter Gesundheitsschädigung, resp. herbeigeführten Todes der Frau. Fälle von dadurch bedingtem schwerem langem Siechthum, so wie eine Reihe von letalen Ausgängen werden aus den ihm zugegangenen Mittheilungen der Collegen referirt und sodann darauf hingewiesen, dass damit sicherlich die Gesammtheit der einschlägigen Fälle nicht erschöpft ist, vielmehr eine grosse Anzahl von Fällen, in denen die Frau zu Grunde gegangen, weil der Mann einen Arzt überhaupt herbeizuholen sich geweigert, garnicht zur Kenntniss der Collegen oder des grösseren Publicums gelangen.

Vortr. bespricht sodann die 2 Factoren, die bisher den Uebergriffen und der Vergewaltigung des Mannes der Frau gegenüber den Schein des Rechtes geliehen, und wesentlich dazu beigetragen haben, dass der Frau ihr Recht in obiger Beziehung so sehr hat verkümmert werden können, nämlich:

1) das sog. Hausrecht;

2) ein gewisses, aus der weit verbreiteten irrthümlichen Meinung, sich die Frau in derselben absoluten Abhängigkeit von dem Willen des Mannes denken zu dürfen, wie ein schwerkrankes Kind von demjenigen der Eltern, entsprungenes Gewohnheitsrecht.

Letztere Parallele wird als an sich unzulässig zurückgewiesen, und ausserdem in eingehender Darlegung nachgewiesen, dass das vermeintliche absolute Verfügungsrecht der Eltern über Leben und Gesundheit des Kindes nirgends begründet ist und dem Geist der Gesetzgebung durchaus widerspricht.

Bezüglich der Anwendbarkeit des sog. «Hausrechtes» des Mannes als etwaiger Stütze für die Behinderung der von der Frau gewünschten ärztlichen Berathung oder Hülfeleistung verliest Vortr. ein von ihm vom Herrn Prof. Engelmann erbetenes Gutachten, welches klar darlegt, welche Einschränkungen nach dieser Seite hin die elterliche, sowohl als die hausherrliche Gewalt erleidet einerseits durch diejenigen Bestimmungen, durch welche die Gesetzgebung Leben und Gesundheit überhaupt, unter Androhung schwerer Strafen, und speciell diejenige der Kinder und Ehefrauen unter Androhung verschärfter Strafen, unter ihren Schutz stellt; andererseits dadurch, dass nach russ. Recht die Frau dem Ehemann gleichberechtigt ist. Der Arzt habe also nicht nur die Berechtigung, sondern sogar die Verpflichtung, dasjenige was er im Interesse der Kranken für geboten erachtet, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln gegen den Behinderer durchzusetzen — resp., falls ihm dies nicht gelingt: von der etwa dadurch erwachsenen Gesundheitsschädigung dem Untersuchungsrichter oder der Procuratur Anzeige zu machen. Prof. Engelmann empfiehlt, dass der Aerztetag sich an die Gouvernementsobrigkeit wende, damit eine Anweisung an die Procureure exportirt werde, dass solchen Anzeigen Folge gegeben werde.

Vortr. befürwortet gleichfalls eine derartige (schon vor 5 Jahren von ihm angeregte) Inanspruchnahme der Hülfe der Staatsgewalt, da ohne eine solche die tiefeingewurzelten Vorstellungen von der Berechtigung und Gültigkeit des bisher bestehenden Gewohnheitsrechtes schwer zu überwinden und zu beseitigen sein dürften. (Autoreferat).

Discussion:

a) Dr. Hoffmann—Krähnholm theilt als Materialbeitrag zwei Fälle mit, in welchen bei Querlagen die Ehemänner die Erlaubniss zur Vornahme der Operation gaben, die Kreissenden selbst bis zuletzt dagegen waren. Der Eingriff wurde trotzdem vorgenommen mit gutem Erfolge für Mutter und Kind.

b) Dr. Kessler: betont das Uebergewicht und die schädlichen Folgen der gegentheiligen Fälle.

c) Dr. M. v. Middendorff: wünscht festgestellt, wem innerhalb der Hospitalräume das Hausrecht zusteht? Dem leitenden Arzte oder dem ein Zimmer des Hospitals einnehmenden Kranken, resp. dem Gatten, den Eltern oder Vormündern desselben?

d) Dr. Ströhmberg: erklärt kategorisch, dass das Hausrecht innerhalb des Hospitales dem Arzte zukommt und referirt über ein Erlebniss im Werroschen Krankenhause: Redner hatte einer Frau mit deren Einwilligung eine nothwendig erforderliche Amputation gemacht. Nach einigen Tagen erschien der Mann und äusserte seine Unzufriedenheit über die ausgeführte Operation in einer für den Arzt beleidigenden und die kranke Frau beunruhigenden Weise. Redner sah sich genöthigt, den Mann gewaltsam aus dem Krankenhause entfernen zu lassen und ihm den Zutritt bis zu dem Zeitpunkte zu verbieten, wo der Zustand der Frau sich soweit gebessert haben würde, dass sie ohne Schaden für ihre Gesundheit durch laute Unterhaltung molestirt werden dürfte. Der hinausgewiesene Mann wandte sich an Juristen mit der Absicht, den Arzt zu verklagen, erhielt aber den Bescheid, dass letzterer im Recht war.

e) Dr. E. Anders: In der Residenz lebt man der Meinung, dass der Arzt im Hospitale kein Hausrecht hat. Nur zu häufig bietet daher der Einzelfall grosse Schwierigkeiten und Hindernisse wegen der Unmöglichkeit, sich von der Stellungnahme der Vertreter des Patienten zu den indicirten Operationen zu überzeugen.

f) Prof. K. Dehio: spricht die Ansicht aus, dass dem Kranken innerhalb des Hospitales gewiss ein gewisses Hausrecht zustehe, denn der Kranke hat unzweifelhaft das Recht, Besucher, die ihm unbequem sind, hinauszuweisen. Umgekehrt hat der Oberarzt des Hospitales nicht das Recht, den Besuch des Kranken anders zu verbieten als aus dem Grunde, weil solches im gesundheitlichen Interesse des Kranken oder im Interesse der Ordnung des Hospitalbetriebes unumgänglich nöthig ist; im ersteren Falle handelt der Arzt, kraft seiner ärztlichen Pflicht, im zweiten — kraft seines polizeilichen Rechtes oder Aufsichtsrechtes in einer staatlich bestätigten Anstalt, — in keinem Falle aber kraft eines Hausrechtes. In Deutschland scheine das Verfügungsrecht der Patienten eingeschränkter zu sein als bei uns zu Lande.

g) Dr. Wolfram: glaubt nicht zu irren, wenn er annimmt, dass diese Frage in Deutschland geregelter ist als hier, da, wie ihm aus seiner Assistentenzeit bekannt, in Deutschland gesetzlich bestimmt ist, dass verstümmelnde Operationen nur mit ausdrücklicher Erlaubniss der Angehörigen sei es der Eltern, der Gatten oder der betreffenden Patienten selbst gemacht werden dürfen. Redner habe wiederholt erlebt, dass wenn sich während eines operativen Eingriffes eine verstümmelnde Operation als unumgänglich nothwendig erwies, die Narcose unterbrochen wurde, auf dass zuvor die erforderliche Erlaubniss eingeholt werde.

g[1]) Dr. Kessler bemerkt gegen Dr. Wolfram, dass bezüglich der heute eigentlich in Rede stehenden Frage über die Competenz oder Nicht-Competenz des Ehemannes zur Behinderung einer dringend indicirten und von der Frau selbst gewünschten Operation an dieser die Verhältnisse in Deutschland uns hier zu Lande insofern nicht tangiren, als das russische Recht Gleichberechtigung von Mann und Frau statuirt, während die alte germanische Rechtsanschauung sich letztere in grösserer Abhängigkeit vom Mann denkt, und auch (wenn er nicht irre) das «Hausrecht» weiter ausdehnt als das russische.

h) Dr. Anders: macht auf die praktische Handhabung der hier diskutirten Fragen aufmerksam: a priori sei vorauszusetzen, dass z. B. in Betreff der auszuführenden Operationen kein bedingungsloses Verfügungsrecht des Arztes gelten könne. Ein gegen Zahlung eingenommenes Zimmer setze doch nur das Verhältniss zwischen Wirth und Miether voraus, welches unter bestimmten festgesetzten Bedingungen entrirt wird.

i) Dr. v. Zöge-Manteuffel: spricht sich im Sinne des von Dr. Kessler in seinem Vortrage geäusserten Standpunktes aus und proponirt, in Betreff der aufgeworfenen Rechtsfragen mit der Prokuratur in Relation zu treten.

k) Dr. R. Heerwagen: betont, dass es freilich die Pflicht der Prokuratur wäre, dem verständnisslosen und schädigenden Vorgehen des Ehegatten Schranken zu setzen, wünscht jedoch zu erfahren, inwieweit die Hilfe der Prokuratur oder Polizei bisher den Aerzten etwa versagt bleibe?

l) Dr. Kessler hat in dieser Hinsicht mit der Dorpater Polizei ungünstige Erfahrungen gemacht. Bei Consultation des Prof. jur. Engelmann dagegen hat Redner erfahren, dass schwere Gesundheitsschädigungen des Mannes durch die Frau von der Prokuratur eo ipso in Angriff genommen werden.

m) Dr. Heerwagen: erinnert daran, dass eine völlige Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau civilrechtlich nicht ausgesprochen sei: dem Mann stehe das Recht zu, ohne die Frau zu instruiren ein Immobil käuflich zu erwerben, der Frau sei das Recht versagt, solches ohne Kenntnissnahme seitens des Gatten zu thun.

n) Dr. v. Zöge-Manteuffel: es sei wünschenswerth, dass zu Recht bestehende Gesetze in der erforderlichen Weise bekannt werden; daher wäre der Prokuratur ein diesbezügliches Elaborat einzuschicken mit der Anfrage, wie sie sich zu den von Prof. Engelmann geäusserten Ansichten verhalte und ob in den obwaltenden Missverhältnissen Wandel geschafft werden kann?

o) Prof. Dehio: fragt an, ob juristisch für die Periode der Geburt und des Wochenbettes ein Zustand der herabgesetzten Zurechnungsfähigkeit der Mutter und Wöchnerin angenommen wird oder nicht?

p) Dr. Kessler: glaubt, dass der psychisch abnorme Zustand, wie er für den Kindesmord als Milderungsgrund angenommen wird, für eheliche Verhältnisse keine Giltigkeit hat.

q) Dr. Ströhmberg: In der Criminaljustiz wird der Gebärenden eine Verminderung der Selbstbestimmungsfähigkeit zugestanden, solches entspricht der Tendenz, Milde walten zu lassen bei Verbrechen, die von der Mutter am neugeborenen Kinde verübt worden sind. Soweit Redner die Praxis unserer Gerichte als Experte kennen gelernt hat, würde im Verfahren des Civilgerichtes die Gebärende sicherlich als im Besitze ihrer vollen Dispositionsfähigkeit anerkannt werden.

r) Dr. Truhart hebt die Einschlägigkeit einer grossen Anzahl von Rechtsfragen hervor und betont die Nothwendigkeit dessen, dass der livl. Arztetag sich in der eben diskutirten Frage an die Staatsgewalt wende.

s) Dr. L. Kessler proponirt, eine Commission einzusetzen, die bis zum nächsten Arztetage alles auf die Vetofrage des Ehemannes Bezügliche soweit auszuarbeiten hat, dass ein von ihr formulirtes Gesuch an die Gouvernementsbehörde eingereicht werden kann. Ausserdem hat die Commission auch die übrigen hier zur Sprache gekommenen Rechtsverhältnisse, soweit sie den Arzt interessiren möglichst klarzustellen.

α) Der Antrag des Dr. L. Kessler wird angenommen.

t) Dr. Truhart stellt das Amendement, dass die Commission verpflichtet werde, einen Juristen zu ihren Verhandlungen hinzuzuziehen.

β) Das Amendement des Dr. Truhart wird angenommen.

γ) In die Commission werden gewählt: Dr. L. Kessler und Dr. Ströhmberg, welche sich behufs der Wahl eines dritten Commissionsgliedes cooptiren sollen.

δ) Der Aerztetag spricht sich dahin aus, dass er sich die Entscheidung über die Anwendung des zum nächsten Aerztetage fertigzustellenden Elaborates der obengewählten Commission vorbehält.

2) Dr. A. Behr ist amtlich verhindert, auf dem Aerztetage zu erscheinen, weswegen der von ihm angekündigte Vortrag: **„Aphorismen über die Behandlung Geisteskranker"** fortfällt.

3) Dr. E. Sokolowski hält seinen angekündigten Vortrag: **„Hysterie und hysterisches Irresein"** (St. Petersb. med. Wochenschr.).

Discussion.

a) Dr. Ed. Schwarz hebt hervor, dass die Ausdrucksform des Vortragenden nicht immer mit genügender Betonung die Ansicht habe hervortreten lassen, dass es sich bei den Hysterischen nicht um Simulation sondern um Krankheit handelt und dass die Simulation, welche vorzukommen pflegt als Symptom der Krankheit aufzufassen sei. Eine solche schärfere Betonung des Obigen wäre nach der Discussion über traumatische Neurose vielleicht erwünschter als sachlich wirklich nothwendig.

b) Dr. E. Sokolowski giebt die Möglichkeit zu, die ihn leitenden Gedanken nicht in genügender Formvollendung vorgebracht zu haben, zweifelt jedoch an der Missverständlichkeit derjenigen Passus, welche für die Ausführungen des Herrn Dr. Ed. Schwarz in Betracht kommen dürften.

c) Dr. J. Wihtol hebt die grosse Wichtigkeit einer suggestiven Behandlung der Hysterie hervor, da er in einzelnen Fällen bei einem Collegen von einer derartigen Behandlung überraschende Erfolge gesehen hat. So seien länger dauernde hysterische Lähmungen durch die Hypnose wie mit einem Schlage beseitigt worden. Vor einigen Wochen habe Redner Gelegenheit gehabt, hysterische Krämpfe dadurch beseitigen zu können, dass er Pat. Vaseline auf die vom Krampfe befallenen Theile schmierte gleich mit dem Bemerken, dass diese Medicin unfehlbar wirke. In der Folge dauerten die Krämpfe kürzere Zeit. Leider wurde die Patientin der Behandlung entzogen. Redner empfiehlt diese Behandlung jedem praktischen Arzte.

d) Dr. E. Weiss fragt an, ob Vortragender die von Breuer u. Freud vorgeschlagene und auf deren Anschauung über das Wesen der Hysterie gestützte Therapie — zu üben Gelegenheit gehabt habe?

e) Dr. E. Sokolowski erwidert, dass er die Beuer-Freudsche Therapie einzuschlagen bisher keine Gelegenheit gehabt hat.

f) Dr. Ed. Schwarz habe Fälle beobachtet, die sich genau mit den von Breuer u. Freud beschriebenen deckten und in denen es gelang, ohne Hypnose, bei gewonnenem vollkommenem Vertrauen des Patienten alle Einzelheiten des Shokes zu erfahren und durch «Abreagiren» eine Heilung zu erzielen.

g) Dr. H. Meyer-Popen stellt die Anfrage, ob es gleichgiltig sei, welche Kategorie der Hysterischen der suggestiven Behandlung unterzogen werden: autosuggestible oder allosugestible Patienten? Giebt es ein Frühsymptom der Hysterie, nach welchem sich entscheiden lässt, ob die suggestive Therapie Erfolg haben könnte?

h) Dr. Ed. Schwarz: Das Kriterium, ob die suggestive Therapie bei einem hysterischen Individuum Erfolg haben werde, hänge wohl von dem psychischen Niveau desselben ab; je hochgradiger degenerirt ein Individium sei, umso unzugängiger sei es für die suggestive Therapie.

4) Dr. G. v. Knorre hält seinen angekündigten Vortrag: „**Zur Therapie der Adnexerkrankungen**“ («St. Petersb. med. Wochenschr.»).

Discussion:

a) Dr. L. Kessler fragt, ob Vortragender bei Laparotomien nicht gelegentlich statt durch den unteren Bauchwundwinkel — durch die Vagina drainirt hat? ihm habe sich die Drainage durch einen vom Douglas aus durch die Vagina hinausgeleiteten fingerdicken Gummidrain als zweckmässig erwiesen.

b) Dr. G. v. Knorre hat von der Drainage nach der Vagina bei Laparotomien nicht so gute Resultate gesehen wie von der Mikulicz'schen Drainage (zu den Bauchdecken). Redner selbst sei es nicht ganz klar geworden, warum er diese Resultate bekommen, da doch bei der vaginalen Drainage der Drain am tiefsten Punkte sich befindet. Redner wandte stets viel Gaze an.

Prophylaktisch lasse sich bei einer Tripperinfektion ausser Ruhelage nichts machen.

c) Dr. W. Knüpffer möchte wegen der zu befürchtenden Bauchhernien die Drainage mit einem kleinen Jodoformgazestreifen bevorzugen. Redner thut eines Falles Erwähnung, wo er einen doppeltfaustgrossen eitrigen Tubentumor zu operiren Gelegenheit hatte. Der Eitersack platzte beim Herausschälen und es ergoss sich massenhaft jauchiger, stinkender Eiter in die Bauchhöle und über die Bauchwunde. Prima intentione erfolgte die Heilung.

d) Dr. Joh. Meyer-Jurjew richtet an Herrn Dr. v. Knorre die Frage, ob er in Fällen, wo das Ovarium sich als intact erweist, dasselbe zurückzulassen für zulässig hält. Redner habe in einem Falle dieses Verfahren eingeschlagen, um die nach der Castration häufig auftretenden nervösen Störungen zu vermeiden. Redner hält in Fällen, wo der Tubensack intact entwickelt werden kann die Drainage für nicht erforderlich; im anderen Falle bevorzugt er die Vaginaldrainage, um die Abdominalhernie zu vermeiden.

e) Dr. G. v. Knorre betont die Wichtigkeit der Radikaloperation, um vor Recidiven sicher zu sein und um der Frau den Entschluss zur Operation durch die Aussicht auf nachfolgende Sterilität zu erschweren. Redner hält dieses für wichtig, da die Frauen mit dem Entschlusse zur Operation oft viel zu leichtsinnig sind. Das conservative Vorgehen hat, auch nach den Untersuchungen Winkels, die an einem reichen Leichenmaterial gemacht wurden, keine besondere Berechtigung, da in den meisten Fällen sich beide Seiten als erkrankt erweisen. Ferner zeigen die Erfolge der conservativen Operation, dass in den meisten Fällen Recidive auftreten.

f) Dr. M. Treymann bevorzugt die Mikuliczsche Jodoformgaze-Drainage durch die Bauchwunde. Sie sei sicherer und wirksamer als die vaginale Drainage, die trotz der verschiedenen Methoden ungenügende Resultate ergebe. Welche Drainageröhren werden zusammengedrückt, harte z. B. Glasröhren werden auf die Dauer nicht vertragen, wie Redner sich des Oefteren überzeugt habe.

5) Dr. M. Treymann hält seinen angekündigten Vortrag: „**Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses**“ («St. Petersb. med. Wochenschr.»).

Discussion:

a) Dr. W. Knüpffer bittet Vortragenden um Auskunft über die Häufigkeit von ihm beobachteter Nath- resp. Bauchdeckenabscesse, da er (Redner) eine überraschend grosse Anzahl erlebt habe. Unter 43 Laparotomien habe Redner 15 Mal Abscesse beobachtet trotz gründlicher Desinfektion und peinlichster Vermeidung aller in Betracht kommenden Schädlichkeiten. Procentarisch vertheilen sich die Abscesse dergestalt, dass bei durchgreifenden Näthen in 29%, — bei Etagennäthen 50% der Fälle Abscesse vorkommen. Es würde Redner interessiren, zu erfahren, welche Beobachtungen hinsichtlich der erwähnten Frage im Rigaschen Stadtkrankenhause gemacht worden sind.

b) Dr. M. Treymann behandelt die Bauchdecken vor der Operation mit Bädern, Waschung und Sublimatcompresse und hat trotzdem relativ häufig Stichkanaleiterung erlebt, vorzugsweise bei Operationen des Pyosalpinx und bei Laparotomien mit extraperitonealer Stielversorgung und zwar ging in letzgenannten Fällen die Eiterung vom Stiele aus. Redner wendet nur in letzteren Fällen die Etagennaht, sonst die einfache Naht an. Als Nahtmaterial verwende er ausschliesslich Seide.

c) Dr. W. Wolfram: Die von Herrn Dr. Treymann gegebene Statistik enthalte wiederum eine Mahnung, dass von der extraperitonealen Stielversorgung abzugehen sei: Vortragender habe für seine Myomotomien 30% Mortalität angegeben; Redner selbst habe bei derselben Methode etwa 20% Mortalität zu verzeichnen. Dabei habe die Autopsie keine Sepsis ergeben, weshalb die Sterblichkeit nur der Methode zur Last gelegt werden müsse. Redner ist fest entschlossen, zur Totalexstirpation überzugehen.

Was die Vorbereitungen zur Laparotomie anbetrifft, so empfiehlt Redner, den Patienten ein paar Tage vor der Operation das Abdomen 2 mal täglich mit leichter Sublimatlösung zu waschen. Bei den 5 letzten Laparotomien habe Redner keine Nahtabscesse beobachtet; ob dieser Umstand dem Zufalle zuzuschreiben sei, wage Redner nicht zu entscheiden.

d) Dr. W. Knüpffer empfiehlt seinerseits gleichfalls die Totalexstirpation.

Was die Desinfection der Patienten belange, so bediene sich Redner der Sublimatcompressen, welche für die ganze Nacht vor der Operation applicirt werden.

e) Dr. A. v. Bergmann: Zur Desinfection des Operationsterrains genüge sorgfältiges Abreiben u. Rasiren des Terrains mit nachfolgender Alkoholabreibung. Sublimat werde in der chir. Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses garnicht angewandt, wegen der drohenden Gefahr eines Eczemes auf dem Operationsterrain. Bei dicken Personen machen die Suturen Decubitus, dem man durch Gazebäuschchen vorbeugen kann, über die man die Nähte knüpft.

Ferner komme es offenbar darauf an, der Seide ein Antiseptikum mitzugeben; selbige wird in der chir. Abtheilung gekocht und dann in Salicylalkohol gelegt, aus welchem sie zur Naht gereicht wird.

Man müsse daran festhalten, dass Nahteiterungen auf Fehler in der Antisepsis zu beziehen sind. Je sorgfältiger und gewissenhafter das mit der Antisepsis betraute Personal ist, desto sicherer wird der Erfolg. Referent habe dieses seit 5 Jahren erfahrungsgemäss bestätigen können; die Oberin seiner Abtheilung habe es jetzt bis zu einem derart hohen Grade von Vollkommenheit in der Zubereitung des Nahtmateriales gebracht, dass Nahteiterungen nicht mehr vorkommen.

f) Dr. Joh. Meyer-Jurjew hat, abgesehen von Fällen, wo bei extraperitonealer Stielversorgung vom verjauchenden Stiele nachträglich die Nähte inficirt wurden, eine Nacheiterung erlebt. Er wendet intraperitoneal nur im Lautenschlägerschen Apparate sterilisirte Seide, bei der Bauchnaht nur Silkworm an ohne Etagennähte anzulegen. Die Bauchhaut wird durch 2 Bäder, darauf durch starkes Abbürsten, Rasiren, Alkohol und Sublimat desinficirt.

g) Dr. G. v. Knorre führt an, dass er für die Bauchnaht am liebsten Silkworm als Nahtmaterial benutzt. Er habe nach Anwendung des Silkworm nie Bauchdeckeneiterung beobachtet. Leider habe das fil de Florence einen Fehler: es ist zu kurz und daher nicht in allen Fällen anwendbar. In Betreff der Seide bestätigt Redner die von Dr. v. Bergmann angeführten Beobachtungen: die Seide müsse nach dem Kochen in ein Antiseptikum gethan werden, als solches verwendet Redner den Alkohol und erlebt auch bei Benutzung von Seide keine Bauchdeckeneiterungen.

6. Der angekündigte Vortrag des Dr. L. Kessler: „**Indicationen bei Uterusmyomen**“ muss wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verlegt werden.

Schluss der V. Sitzung.

D. Z. Secretair: Ernst Sokolowski.

Vermischtes.

— Ende März d. J. wird das erste Heft einer neuen Zeitschrift erscheinen. Der Titel ist: Vierteljahresbericht über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates, herausgegeben von L. Casper und H. Lohnstein in Berlin. Vierteljährlich soll ein Heft von ca. 6 Bogen ausgegeben werden. Der Preis beträgt 8 Mark jährlich, für Abonnenten der Allgem. medic. Centralzeitung 5 Mark. Verleger ist Oscar Coblentz in Berlin.

— Das Organisationscomité des VI. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow bringt zur Kenntniss der Aerzte, die am Congress theilnehmen wollen, dass der Mitgliedsbeitrag 8 Rbl. beträgt. Die Beiträge können rechtzeitig an den Schatzmeister des Organisationscomités Prof. B. E. Черновъ (Кіевъ, Алексѣевская, 7) geschickt werden. Die Aerzte, die in diesem Jahr schon Mitglieder der Gesellschaft russ. Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow sind, und folglich den Mitgliedsbeitrag von 5 Rbl. schon gezahlt haben, tragen nur die Ergänzungszahlung von 3 Rbl. nach. Zugleich theilt das Comité mit, dass die Congressmitglieder keinerlei Vergünstigungen in Be-

treff der Eisenbahnfahrten geniessen werden, da das Eisenbahndepartement in Bezug darauf ablehnend geantwortet hat.

Zu Gliedern der medicinischen Prüfungscommission an der Kiewer Universität sind die dortigen Professoren Morosow Obolonski, Tichomirow, Tschirkow und Tschirjew ernannt worden. Der Vorsitz in dieser Commission ist dem früheren Charkower Professor Lasarewitsch, welcher jetzt in St. Petersburg lebt, übertragen worden.

— Dr. A. I. Iwanow, welcher seine medicinischen Studien an der Kiewer Universität absolvirte, die Doctorwürde aber im vorigen Jahr in Jurjew (Dorpat) erlangte, hat sich als Privatdocent an der Charkower Universität habilitirt.

— Verstorben: 1) Am 24. Februar in Szadow (Gouv. Kowno) der freiprakticirende Arzt Carl Friedenthal im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1863—1870 studirte. Die ganze Zeit seiner ärztlichen Thätigkeit hat er in Szadow zugebracht. 2) In Omsk der Militär-Medicinalinspector des Omskischen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath W. I. Baulin, nach fast 40 jähriger praktischer Thätigkeit im 62. Lebensjahre.

— Der bekannte Ophthalmologe, Professor Dr. Schmidt-Rimpler in Göttingen, feierte am 1. März n St. sein 25-jähriges Jubiläum als Professor.

— Der Entdecker der X-Strahlen, Professor der Physik Dr. Röntgen in Würzburg, ist von der dortigen medicinischen Facultät zum Doctor medicinae honoris causa ernannt worden.

— Professor Behring (Marburg), dem bekanntlich von der französischen Academie für seine Erfindung des Diphterie-Heilserums die Hälfte des Alberto-Levi-Preises im Betrage von 25,000 Francs zuerkannt wurde, hat diese Summe dem Staatsfonds zur Förderung der Serumforschung überwiesen. Dieser Fonds soll aus den zu erwartenden Ueberschüssen der amtlichen Controlstation für Diphtherie-Heilserum gebildet werden, welche vor wenigen Monaten zur Prüfung des in den Verkehr gelangenden Diphtherieserums eingerichtet wurde

— Der Director des Hygienischen Instituts in London Dr. A. Ruffer ist zum Professor der pathologischen Anatomie an der medicinischen Schule in Cairo ernannt worden

— Die Erben des Leibarztes Dr. Zyzurin haben die werthvolle Bibliothek desselben der Kiewer Universität geschenkt, an welcher der Verstorbene längere Zeit Professor der Therapie war.

— Die Zahl der Privatdocenten der militär-medicinischen Akademie, welche Vorlesungen für Studenten und Aerzte halten, beträgt gegenwärtig 68. Die meisten derselben, nämlich 23 (ein Drittel also) haben zu ihrer Specialität innere Krankheiten.

— Die militär-medicinische Academie verfügt über 412 Kronsstipendien, von denen 362 vom Militär-Ressort und 50 vom Marineressort ausgesetzt sind. Diese Stipendien, welche die Studirenden erst vom 3. Cursus an beziehen, betragen 360 Rbl. jährlich. An Privatstipendien besitzt die Academie 37, welche in Zukunft nur den Studirenden des I. und II. Cursus zu gut kommen sollen.

— Ein vor Kurzem verstorbener Moskowiter A. L. Behrenstamm hat von seinem fast drei Millionen betragenden Vermögen 950,000 Rbl. zum Besten des Olga-Kinderhospitals und anderen Wohlthätigkeitsanstalten in Moskau, deren Mitglied er war, testamentarisch vermacht. (Now. dnja-Wr.)

— In Kaluga ist eine Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Unterstützung ins Leben getreten. Zur Mitgliedschaft haben sich bereits 25 Aerzte der Stadt und 33 Aerzte aus dem Gouvernement Kaluga gemeldet.

— Der Bau des künftigen weiblichen medicinischen Instituts, für welches die Stadtverwaltung bekanntlich einen Platz beim Peter-Paul-Hospital auf der Petersburger Seite hergegeben hat, soll im April dieses Jahres begonnen und zum Herbst 1897 fertiggestellt werden. Nach dem Voranschlage werden, wie der «Wratsch» erfährt, die Baukosten mindestens 450—475 Tausend Rbl. betragen. Da nun das bisher für dieses Institut gesammelte Capital kaum 600,000 Rbl. gross ist, so bleibt nach Fertigstellung der Gebäude und der Einrichtung ein Capital von ca. 100.000 Rbl. übrig, welches zum Unterhalt des Instituts kaum hinreichen dürfte. — Die Aufnahme der Zuhörerinnen beginnt im Herbst dieses Jahres und ist die Zahl derselben fürs erste auf 125 Personen festgesetzt. Den Vorzug bei der Aufnahme geniessen diejenigen Damen, welche den vollen Cursus der historisch-philologischen oder physiko-mathematischen Abtheilungen der St. Petersburger höheren Frauencurse absolvirt haben; es folgen dann diejenigen, welche die Roshdestwenski'schen Curse für Aerztegehülfinnen und Feldscherinnen oder des Moskauer classischen Gymnasium der Frau Fischer beendigt haben, und schliesslich diejenigen, welche den Cursus in den weiblichen Gymnasien und den mit denselben gleichberechtigten weiblichen Lehranstalten absolvirt haben. Die Abiturientinnen der höheren weiblichen Curse werden ohne Examen aufgenommen, doch müssen sie ein Zeugniss über ihre Kenntnisse in der lateinischen Sprache beibringen. Die übrigen Aspirantinnen aber haben sich einem Examen in der lateinischen Sprache an einem der Knabengymnasien zu unterziehen.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. März 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 11. März 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16' Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34 кв. 13.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

ABONNEMENTS nimmt die Buchhandl. von **Carl Ricker** in St. Petersburg (Newsky Prosp. 14) entgegen.

Bad Homburg

in Taunus, ½ Stunde von Frankfurt a. M.

Luftkurort ersten Ranges. Fünf Mineralquellen. Gut eingerichtetes Badehaus mit natürlichen kohlensauren Kochsalzbädern. Fichtennadel- und Moorbädern, sowie Inhalatorium. Zwei Eisenquellen. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versandt während des ganzen Jahres.

Broschüren und Prospecte durch die Kur- und Bade-Verwaltung.

Kissingen. Dr. C. Dapper's Sanatorium

Neues Kurhaus

Für Magen- und **Darmkrankheiten. Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren).** Geöffnet **April — Januar.** Prospecte. (17) 18—1.

FRANZENSBAD.

Das **erste Moorbad,** besitzt die **stärksten Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge, sehr kohlensäurereiche Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder.**
Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt **das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.**

(24) 4—1.

Medicinischer Verlag von **S. KARGER** in Berlin NW. 6.

In meinem Verlage sind soeben erschienen:

Ueber die **OPERATIONSWUTH in der GYNÄCOLOGIE.**
Von Sir WILLIAM O. PRIESTLEY.
Autorisierte Uebersetzung von Dr. A. Berthold-Dresden.
8° Broch. M. 0,60.

DER FALL N.
Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen nebst einer Vorlesung und einigen Betrachtungen über dasselbe Capitel.
Von Prof. Dr. H. OPPENHEIM,
gr. 8° Broch. M. 1.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen, sowie gegen Einsendung des Betrages direct franco von der Verlagsbuchhandlung von S. KARGER in Berlin NW 6.

Dr. A. Selenkoff ist von seiner Reise zurückgekehrt u. wohnt: M. Итальянск. 12, кв. 11. Spr. Mont. Donn. 6—7 an d. übr. Tagen 1—2 Uhr.



CONSTANTIN MALM.

Niederlage von Gummi-Waaren und Artikel zur Krankenpflege.

Grosse Morskaja № 34, St. Petersburg.

Erhielt soeben auf's Neue das

PHONENDOSCOP.

Neues Instrument zur Erforschung der Geräusche im Innern des menschlichen Organismus.

Construirt nach den Angaben der Doctoren

Eugenio Bazzi	und	**Aurelio Bianschi**
Ordentlicher Professor der Physik		Professor der propädeut. Klinik u. Pathologie.

Das **Phonendoscop** dient, bei seiner Anwendung in der medicinischen Wissenschaft unterschiedlos zum Hörbarmachen aller natürlichen oder krankhaften Geräusche, die im menschlichen Körper entstehen, und zwar hört man dieselben mit viel grösserer Stärke und mit einer viel genaueren Begrenzung, als dies mit den bisher verwendeten Stethoscopen möglich ist, ohne dass dabei die natürliche Klangfarbe des Geräusches beeinflusst wird. Das **Phonendoscop** dient daher zur Hörbarmachung

1) der Athmungsgeräusche, der Geräusche des Blutumlaufes und der Verdauungsorgane sowohl im gesunden als im kranken Körper;
2) der Muskel-, Gelenk- und Knochengeräusche;
3) Der Geräusche in der Gebärmutter zur Zeit der Schwangerschaft und derjenigen welche der Fötus verursacht;
4) der Geräusche der Capillar-Circulation (Dermatophonie);
5) der künstlich hervorgebrachten Geräusche, mit Hülfe deren man annähernd oder genau die Grössenverhältnisse, Lage und Lagerungsveränderung der Organe und der in den wichtigsten Körperhöhlen angesammelten Flüssigkeiten auf dem Körper aufzeichnen kann;
6) der Geräusche, die im Ohr, im Auge, in der Blase, im Magen, in den Eingeweiden statthaben. (22) 2—2.

Дозв. ценз. Спб. 9 Марта 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 16. (28.) März **1896**

Ueber Blinddarmentzündung.

Von

Dr. med. Paul Klemm,

Riga.

(Vortrag, gehalten in der Versammlung livländischer Aerzte zu Wenden; Sept. 1895.)

M. H. Obgleich in der Frage der Behandlung der Perityphlitis, die anfangs hochgehenden Wogen sich allmählich besänftigt haben und die ganze Discussion in ein ruhigeres Fahrwasser gelangt ist, sind wir auch heute zu Tage noch über eine ganze Reihe von Fragen, die jenes Gebiet betreffen im Unklaren. Vor allem ist es die Stellungnahme, die die operative Therapie der Blinddarmentzündung einzunehmen hat, über die noch heftig gestritten wird.

Wann, in welchen Fällen und wie sollen wir operiren? Ueber diese 3 Punkte wollen wir versuchen uns Klarheit zu verschaffen.

Wenn auch nicht bestritten werden kann, dass in einzelnen seltenen Fällen das Coecum der Ausgangspunkt jener Erkrankung ist, die wir als Perityphlitis bezeichnen, so muss für das Gros der Fälle doch als schuldige Ursache der proc. vermif. angesprochen werden, aus diesem Gesichtspunkt proponirten ja auch die Amerikaner den ganzen Process Appendicitis zu benennen. So wollen wir denn auch mit einem kleinen Fehler bei der Benennung Perityphlitis nur an jene Erkrankung in der rechten Darmbeingrube denken, die auf eine Affection des Wurmfortsatzes zu beziehen ist. Zunächst wollen wir einmal in cursorischer Weise, die sich bei jener abspielenden pathologischen Vorgänge ins Gedächtniss zurückrufen, die dem klinischen Begriff der Blinddarmentzündung zu Grunde liegen, um gestützt auf diese Erkenntniss die Factoren kennen zu lernen, die im Heilplan Beachtung verdienen, sowie andrerseits den Zeitpunkt zu fixiren, wo die innere Therapie dem Messer des Chirurgen Platz machen muss.

Im Grossen Ganzen können wir sagen, dass alle entzündlichen Veränderungen des Wurmfortsatzes, soweit natürlich nicht dyskrasische Momente wie etwa Tuberculose, Syphilis oder der Strahlenpilz im Spiele sind, auf einen abnormen Inhalt jenes Organes zu beziehen sind, sowie auf die Folgen, die aus dem gestörten Abfluss desselben in den Dickdarm resultiren.

Durch die veränderten Spannungsverhältnisse erwachsen der Wand der Appendix Schäden, die in der ganzen Stufenleiter jener Erscheinungen ihren Ausdruck finden, die mit einfacher Hyperämie und Schwellung beginnend zur Ulceration vorschreitend, allmählich zu Perforation und Gangrän führen.

Aus der Relation dieser Vorgänge zur Umgebung und zum Gesammtorganismus lassen sich die Symptome der Blinddarmentzündung, die Gefahren derselben, sowie die therapeutischen Maassregeln ableiten.

In der grössten Reihe der Fälle tritt als pathologischer Inhalt das gesteigerte Secret der Schleimhautdrüsen des Darmanhanges auf. Wir wissen aus den lichtvollen Darlegungen Kümmels und Iversen's, dass gelegentlich ein Katarrh des Dickdarms auf den proc. vermif. überzugehen vermag und in diesem abnorme Secretionszustände anregen kann. Durch Schwellung der Schleimhaut wird die Communication zwischen Dickdarmlumen und dem des Anhanges aufgehoben. Es erhellt daraus, dass die Wand dieses Organes nunmehr 2 Schädlichkeiten ausgesetzt sein wird. Als solche betrachten wir in erster Linie die gesteigerte Spannung derselben, die den Grund zu Ernährungsstörungen in Folge beeinträchtigter Circulation geben kann, ferner aber auch die deletären Einflüsse, die der faulig zersetzte Inhalt auf die pathologisch veränderte Schleimhaut ausüben muss. Für den weiteren Verlauf der Erkrankung kommt jetzt Alles darauf an, wie bald der Secretionsstrom freien Abfluss in den Dickdarm gewinnt; je früher derselbe eintritt, desto geringer sind die Schädigungen, die die Wand des Wurmfortsatzes erleidet und desto vollständiger wird na-

türlich auch der Rückgang der Symptome der Blinddarmentzündung sein müssen. Dauert aber die Incarceration des Secrets an und nimmt die Spannung desselben zu, so werden die pathologischen Veränderungen an der Wand des Appendix allmählich intensiver, es tritt Verschorfung der Schleimhaut und nach Losstossung der Schorfe Ulceration auf. Den Schluss bilden locale Necrosen der Wand, die zur Perforation führen. Analog den pathologischen Veränderungen, wird nun nach Rückgang des Krankheitsprocesses am Wurmfortsatz die ursprüngliche Configuration desselben verloren gegangen sein. Während meiner Assistentenzeit bin ich in der glücklichen Lage gewesen, eine Reihe so veränderter Darmanhänge zu sehen. Charakteristisch waren bei allen Caliberschwankungen der Lichtung. Es fanden sich innerhalb des Lumens Stricturen, die ihren Sitz häufig im oberen Abschnitt des Organs hatten. Das über der Verengerung gelegene Stück war kuppelförmig aufgebläht. Die Schleimhaut zeigte verschiedene Abnormitäten. Neben derben Narben fanden sich frischere Ulcerationen, in deren Mitte nicht selten Perforation bestand.

Die verhängnissvollen Folgen dieser Vorgänge treten erst durch die Beziehungen des proc. vermif. zur Umgebung zu Tage. Die sich auf der Schleimhaut abspielenden Ernährungsstörungen greifen in der Folge auf die Serosa über, sodass es zu Verwachsungen zwischen dem Wurmfortsatz und der Umgebung, wie benachbarten Darmschlingen, der Bauchwand etc. kommen kann. Auf diese Weise muss natürlich die physiologische Form des Anhanges mehr und mehr verloren gehen.

Es lässt sich leicht verstehen, dass die Gefahr eines Auffllackerns des Krankheitsprocesses, resp. eines Recidivs desselben desto grösser sein wird, je unvollständiger die pathologischen Veränderungen in der Wand des Wurmfortsatzes rückgängig geworden waren. Die Knickungen des Organes, die Verengerungen oder Unterbrechungen der Lichtung desselben geben immer wieder auf's Neue die Möglichkeit der Absperrung von Secreten mit ihren verhängnissvollen Consequenzen.

Weitere Gefahren erwachsen dem Organismus daraus, dass der Inhalt des Darmhanges, nach Zerstörung der Wand desselben, in die Bauchhöhle zu gelangen und hier Abscessbildung anzuregen vermag. Ich möchte an dieser Stelle der Ansicht einer Anzahl von Autoren entgegen treten, dass jedes Mal bei einer Perityphlitis Abscedirung vorhanden ist. Das ist entschieden unrichtig. Die derben Härten, die sich häufig in der rechten Darmbeingrube nachweisen lassen, sind in einer Zahl von Fällen ganz sicher nicht auf Eiterung zu beziehen; sie sind vielmehr der Ausdruck einer oedematösen Infiltration des lockeren pericoecalen Zellgewebes. Durch die ulcerirenden Vorgänge im Appendix werden zahlreiche Eingangspforten geschaffen, durch welche das ausgebreitete, engmaschige Lymphnetz jener Gegend inficirt wird. Diese Infiltrate schwinden, wie die inneren Kliniker das wissen, sehr häufig, sobald nur der Krankheitsprocess im Darmanhang rückgängig wird. In einer anderen Reihe von Fällen freilich folgt die Abscessbildung. Dank der enormen Plasticität des Bauchfells aber sind die Eiterungen häufig abgekapselt.

Wenn wir einerseits das abnorm gesteigerte Secret des Darmanhanges als Ursache der Erkrankung ansehen müssen, so kann aber andrerseits auch fremder Inhalt desselben als Ausgangspunkt pathologischer Veränderungen dienen.

Besonders häufig sind es feste, eingedickte Kothbröckel sog. «Kothsteine», «Coprolithen», die zu Verschwärungsprocessen der Wand führen. Hier finden sich Abscesse häufiger, in denen dann gelegentlich sich das Concrement nachweisen lässt. Bisweilen aber ist auch, wie ich das gesehen habe, der ganze Wurmfortsatz brandig zerstört, und der Stein liegt im kothigen Eiter in der freien Bauchhöhle, wenn nicht durch peritoneale Verklebungen der Propagation der Infection eine Barriere gesetzt ist.

Von der Schwere und Ausdehnung der pathologischen Veränderungen am Appendix hängt nun auch das klinische Bild der Perityphlitis ab.

Als häufigster Typus tritt uns jene Form entgegen, die ihren Grund in der Secretionsverhaltung hat, deren ich Erwähnung that. Diffuse Schmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung, starke Schmerzhaftigkeit in der rechten Darmbeingrube charakterisiren dieselbe. Meist ist auch dabei ein Tumor palpabel. Mit Herstellung der Passage können die Symptome schwinden. Es kann so, wie ja die inneren Kliniker häufig genug zu beobachten Gelegenheit haben, völlige restitutio ad integrum erfolgen. Dieselbe ist sogar nicht selten eine dauernde.

Schreiten aber die pathologischen Processe auf der Schleimhaut des Wurmfortsatzes weiter fort, führen sie zu Ulceration und Gangrän, so gehen die klinischen Erscheinungen nicht zurück. Je nach Ausdehnung und Sitz der Erkrankung sehen wir mannigfache Bilder auftreten. Tritt ein Erguss der Contenta des Wurmfortsatzes in die freie Bauchhöhle ein, so haben wir die Zeichen der perforativen Peritonitis. Kommt es zur periappendiculären Eiterung, so haben wir es mit langwierigen fieberhaften Zuständen zu thun. Die Schmerzhaftigkeit in der rechten Darmbeingrube lässt nicht nach, der Tumor geht nicht zurück, der Stuhlgang ist behindert und der Kranke kommt mehr und mehr herunter. Oder aber die Symptome der Pyämie, durch Aufnahme inficirter Emboli in den Pfortaderkreislauf beherrschen den Krankheitsverlauf.

Abscedirung in Leber, Niere und Hirn lassen sich nachweisen und drücken dem Krankheitsbilde charakteristische Züge auf. Wir sehen also, wie mannigfaltig die Symptome sein können, je nach Sitz, Art und Ausdehnung der pathologischen Processe im Wurmfortsatz.

Wie soll sich nun der Chirurg zu diesen stellen? Lässt sich bestimmen in welchen Fällen und in welchem Moment das Messer interveniren soll?

Zunächst möchte ich mich dahin äussern, dass ich den Standpunkt mancher Chirurgen nicht zu theilen vermag, die jeden Fall von Perityphlitis als Object des Messers betrachten. Ich halte daran fest, dass ein grosser Theil der Krankheitsfälle bei der bisher üblichen exspectativen Therapie völlig und dauernd ausheilt. Jener Uebereifer in der Anwendung des Messers hat seinen Grund in einer nicht richtigen Beurtheilung der pathologischen Verhältnisse. Es wurde von vielen Seiten die Ansicht proclamirt, dass sich in jedem Fall von Blinddarmentzündung Eiterbildung fände, und wo diese bestände, sei eben der Chirurg und das Messer das einzig zustehende Forum. Dass diese Ansicht eine irrige ist, habe ich nachzuweisen versucht. Wir haben jedenfalls in Riga bei einer grösseren Zahl von Operationen wegen Perityphlitis nur in einer beschränkten Anzahl derselben Eiter gefunden. Diejenigen Formen, die man zweckmässig als Appendicitis simplex (Sonnenburg) bezeichnet, verliefen ohne Eiterung.

Wenn ich im Grossen Ganzen den Moment der chirurgischen Intervention bezeichnen möchte, so darf ich mich vielleicht dahin aussprechen, dass nur in den Fällen, wo sich im Verlauf einer Blinddarmentzündung bedrohliche Complicationen einstellen oder dieselbe gleich anfangs mit so schweren Symptomen einsetzt, dass Gefahren für den Organismus bestehen, das Messer in sein Recht treten darf.

Greife ich wieder auf unsere erste Gruppe, die mir das klassische Paradigma der in Rede stehenden Erkran-

kung zu sein scheint, zurück, so halte ich es für falsch, hier sofort operativ einzugreifen. Wir werden zunächst abwarten und den Rückgang des Processes mit den Mitteln anzustreben versuchen, die uns die innere Medicin an die Hand giebt. In einem Theile der Fälle gelingt dieses sicher und die Heilung ist eine dauernde. In einem anderen freilich treten Recidive ein, durch welche ja gerade diese Form der Blinddarmentzündung charakterisirt ist. Ihren Grund hat diese Thatsache, wie schon oben aus einander gesetzt wurde, in der Aenderung der anatomischen Configuration, die der Wurmfortsatz bei jeder Attacke erfährt. Wir müssen es als einen grossen Segen betrachten, dass wir in der operativen Therapie dieser Fälle ein Mittel besitzen den Kranken dauernd von seinen Beschwerden zu befreien. Wir werden den operativen Eingriff in Vorschlag bringen, sobald sich die recidivirende Natur des Leidens declarirt hat, denn erstens setzt jede neue Attacke den Patienten doch immerhin gewissen Gefahren aus und zweitens werden die Anfälle den Kranken doch schwächen und in grösserem oder geringerem Maasse für seine Berufsthätigkeit untauglich machen. Die Operation besteht in der Aufsuchung und Resection des processus vermif. Dieselbe soll womöglich stets im recidivfreien Intervall stattfinden, weil jede Attacke mit entzündlichen Vorgängen um den Wurmfortsatz verknüpft ist, die leicht die Veranlassung zu einer Infection der Bauchhöhle geben können, wenn während der Acuität des Processes operirt wird.

Wann soll nun der Eingriff unternommen werden? Diese Frage ist für alle Fälle nicht gut zu beantworten. Die Operation wird davon abhängig sein, wie sehr der Patient durch die Anfälle beeinflusst worden ist, ob sich dieselben oft wiederholen und den Kranken sehr herunterbringen und in letzter Linie von den Anforderungen, die der Kranke an das Leben stellt, sowie von den Pflichten, welche letzteres von ihm verlangt. Wir Aerzte sind jedenfalls berechtigt den Eingriff vorzuschlagen, sobald die recidivirende Natur des Leidens klar ist. Mit grossen Gefahren ist die Operation nicht verknüpft, dieselben sind jedenfalls geringer als die, welche dem Kranken bei jeder neuen Attacke drohen. Falls im freien Intervall eingegriffen wurde, sind die Gefahren sicher nicht grösser, als die bei einer Ovariotomie.

Wenn dieses die operative Therapie bei der chronischen Form der recidivirenden Blinddarmentzündung ist, so fragt es sich jetzt, wann wir bei den acut verlaufenden Fällen eingreifen? Wir können hier 3 Gesichtspunkte aufstellen:

1) Bei der Entstehung extraappendiculärer Eiterung. Die Abscesse können in nächster Nähe des Wurmfortsatzes gelegen sein, andrerseits aber werden dieselben auch weit ab von der gewöhnlichen Lage des Wurmfortsatzes getroffen. Erklärt wird dieses Factum durch die eminent inconstante Position dieses Organes.

2) In Fällen, wo es wahrscheinlich ist, dass die Ernährungsstörungen auf der Schleimhaut des proc. vermif. progredient sind und die Gefahren der perforativen Peritonitis oder der embolischen Pyämie bestehen.

3) Bei Perforation des Wurmfortsatzes und septischer Bauchfellentzündung.

Leider lässt sich in jedem dieser drei Fälle nicht immer mit genügender Sicherheit die Diagnose stellen. Am durchsichtigsten liegen die Verhältnisse bei der perforativen Perityphlitis. Intensive Schmerzen, die von der rechten Darmbeingrube aus über den Leib ausstrahlen, Collaps, kleiner frequenter Puls, sowie das plötzliche Einsetzen des ganzen Processes werden uns meist auf die richtige Fährte bringen. Ist die Sachlage erst richtig aufgefasst, so soll die Laparotomie schleunig folgen, da nur in einer sehr frühzeitigen Operation eine geringe Aussicht auf Erfolg beruht.

Die Symptome, welche uns anzeigen, dass die necrotisirenden Vorgänge im Wurmfortsatz fortschreiten und zu bedenklichen Consequenzen Veranlassung geben können, sowie die Etablirung peri- und paraappendiculärer Eiterdepôts sind sehr schwankend. Im Grossen Ganzen werden wir in solchen Fällen an eine chirurgische Intervention denken, wo sich das Abklingen des ganzen Processes ungebührlich lange hinzieht, wo während des Rückganges der Symptome eine plötzliche Steigerung derselben eintritt oder dort wo einzelne Symptome eine excessive Höhe erreichen.

Setzt die Erkrankung z. B. mit Schüttelfrost und hohem Fieber ein, wiederholen sich die Fröste und besteht intensive Schmerzhaftigkeit, so werden wir daran denken müssen, dass die necrotischen Vorgänge progredient sind, dass sie möglicherweise schon zu einer Perforation der Wand geführt haben und durch die Operation die Entfernung des Kranken anzustreben und einen Schutz der Bauchhöhle auszuüben versuchen. Ebenso wird man verfahren müssen, wenn das Fieber sich längere Zeit auf grösserer Höhe hält oder nach einer Remission wieder zu steigen beginnt. In diesen Fällen liegt der Gedanke nahe, dass wir nicht im Stande sind, durch abwartende Therapie die Gefahren hintanzuhalten, die dem Organismus von den pathologischen Processen im Wurmfortsatz her drohen.

Als ideales Ziel bei der Operation schwebt uns natürlich die Resection der Wurzel des Uebels, des processus vermiformis vor. Wo sich dieselbe vornehmen lässt, ohne dass wir genöthigt sind, viel in den entzündlich veränderten, durch fibrinöse Ausschwitzungen verklebten Theilen herumzugraben soll dieses natürlich geschehen. Wo nicht beschränkt man sich auf die Incision und Entleerung des Eiters. Späterhin, wenn die entzündlichen Vorgänge rückgängig geworden sind, sind wir in der Lage, den Wurmfortsatz aufzusuchen und zu exstirpiren.

Referate.

William Hirsch: Was ist Suggestion und Hypnotismus? Eine psychologisch-klinische Studie

Derselbe: Die menschliche Veranwortlichkeit und die moderne Suggestionslehre. Eine psychologisch-forensische Studie. (Berlin, 1896. Verlag v. S. Karger.)

Die grossartige Begriffsverwirrung, welche über diese so modernen Schlagwörter nicht nur im Publicum sondern auch unter den Aerzten und selbst bei den Hauptführern auf diesem Gebiete herrscht, die infolgedessen unausbleiblichen und unfruchtbaren Controversen zwischen den Forschern, die Unklarheiten und Widersprüche in deren Folgerungen deckt Hirsch mit schonungsloser Kritik auf. Unter Kennzeichnung seiner Anschauungen versucht er Klarheit in den Wirrwarr zu bringen. Er definirt Suggestion als die Erzeugung von Empfindungen, Stimmungen, Vorstellungen, welche sich zu ihren physiologischen Erregern in einem inadäquaten Verhältnisse befinden, und welche entweder von aussen her (Fremdsuggestionen) oder von innen her (Autosuggestionen) erzeugt werden können. Während für gewöhnlich Vorstellungen durch Sinnesempfindungen und Wahrnehmungen gebildet werden, handelt es sich hier in den meisten Fällen um die Erzeugung von Wahrnehmungen und Empfindungen durch Vorstellungen. Als physiologische Erreger der Sinnesempfindungen bezeichnet er folgende Factoren:

1) Der Reiz im peripherischen Endorgan des Sinnesnerven,
2) die centripetale Leitung dieses Reizes seitens des Nerven,
3) die psychische Metamorphose dieses Vorgangs im Perceptionsorgan,
4) ein centrifugaler psychischer Vorgang, die Aufmersamkeit.

Aus obiger Definition ergiebt sich, dass zwischen suggerirter Sinnesempfindung und jedweder Sinnestäuschung, zwischen suggerirter Vorstellung und Wahnvorstellung kein formeller Unterschied besteht. — Unter Suggestibilität eines Individuums ist seine Disposition, Suggestionen in sich aufzunehmen, zu verstehen; ihr Grad ist abhängig von der Be-

schaffenheit des Willens, der Charakterstärke und der Festigkeit des psychischen Mechanismus, steht also im umgekehrten Verhältnisse zur geistigen Gesundheit. «Hieraus ist ersichtlich, dass das Streben des Arztes stets daraufhin gerichtet sein muss, die Suggestibilität eines Kranken möglichst zu verringern, seine Willenskraft hingegen zu befestigen und zu stärken». — Psychotherapie und Suggestionstherapie sind zwei wesentlich verschiedene Begriffe. Jene ist die gesammte psychische Beeinflussung und Behandlung des Kranken, diese ist die Erzeugung inadäquater Vorstellungen und Empfindungen zu therapeutischen Zwecken. An einzelnen Krankheitsgruppen analysirt Hirsch die verschiedenen psychischen Behandlungsmethoden, u. zwar kommen in Betracht: 1) die Beseitigung inadäquater Vorstellungen («Desuggestion»). 2) die Erzeugung inadäquater Vorstellungen (Suggestion), 3) die Erhaltung und Kräftigung normaler und zu physiologischer Thätigkeit nothwendiger Vorstellungen. Bei Schmerzempfindungen leistet die Suggestion manchmal gute Dienste, doch ist sie eben auch nur eine symptomatische Behandlungsweise; man bleibe sich dessen bewusst, dass durch die Suggestion stets ein abnormer Zustand in dem Kranken erzeugt wird, und dass unter Umständen die dauernde Erhöhung der Suggestibilität für den Patienten nachtheiliger sein kann, als die gelegentliche Anwendung von Narcoticis. In gewissen Fällen endlich kann die Beseitigung des Schmerzes, «des Wächters der Gesundheit», bei Fortbestehen der schmerzerregenden Ursache directen Schaden bringen. Wenn wir den Begriff der Suggestion auf das gehörige Maass zurückführen und dadurch aus einem inhaltlosen Schlagwort einen psychologischen Begriff schaffen, dann wird die gesammte Suggestionstherapie naturgemäss aufhören eine eigene Schule zu bilden und eine selbstständige, exclusive Stellung in der Medicin einzunehmen. Man wird dann einsehen, dass es durchaus unwissenschaftlich ist, alle Krankheiten urtheilslos in derselben Weise behandeln zu wollen; man wird einsehen, dass der Suggestionstherapie nur ein ganz limitirter Platz in der Heilkunde zukommt, und dass dieselbe nur als ein Theil einer rationellen Gesammtbehandlung in einzelnen Fällen für den Kranken von Nutzen sein mag.

Eine noch ärgere Verwirrung macht sich in der Deutung und Erklärung der unter dem Namen «Hypnotismus» zusammengefassten Phaenomene geltend. Der ganze Streit dreht sich auch hier um leere Worte. Charcot machte seine analytischen Studien nur an Hysterischen und belegte diese seine erweiterte Symptomatologie der Hysterie leider mit dem ominösen und mystischen Namen «Hypnotismus». Bernheim dagegen griff aus der Gesammtheit der Erscheinungen nur einen Factor, die Suggestion, heraus, studirte auf synthetischem Wege die mit dessen Hilfe, und zwar meist an Gesunden, erzeugten Phaenomene, und benannte letztere unglücklicher Weise ebenfalls «Hypnotismus», obgleich er selbst proponirt, den Ausdruck «Hypnose» fallen zu lassen und durch die Bezeichnung «suggestibler Zustand» zu ersetzen; letzterer als solcher existirt aber gar nicht, sondern nur verschiedene Zustände, die man durch Suggestion hervorrufen kann. Die Analyse der «hypnotischen» Erscheinungen ergiebt, dass sämmtliche in der Salpêtrière gemachten Beobachtungen auf gewisse pathologische Vorgänge, auf Reizung und Ermüdung, auf Krampf und Lähmung sich zurückführen lassen, also als Krankheitssymptome aufzufassen sind. Eine weitere Gruppe von Phaenomenen, welche äusserlich viel Aehnlichkeit mit den hysterischen haben und oft für identisch mit ihnen gehalten werden, erklärt Hirsch theils durch Suggestionen, theils durch blinden Gehorsam den Befehlen des Arztes gegenüber, theils durch die Erzeugung des gewöhnlichen physiologischen Schlafzustandes. «Es wäre ein directer Rückschritt der Wissenschaft, wollte man alle diese unzusammengehörigen Erscheinungen unter einer Bezeichnung zusammenfassen und sich dabei beruhigen, dem Kinde einen Namen gegeben zu haben. Das Wort «Hypnotismus» ist lediglich eine Rumpelkammer der Wissenschaft, in die alle möglichen und unmöglichen Dinge hineingeworfen werden, und es kann unserer Erkenntniss und unserem Wissen nur förderlich sein, dieses nichtssagende und verwirrende Wort gänzlich fallen zu lassen». Es hat also gar keinen Sinn noch weiter von einer «hypnotischen Suggestion» zu sprechen. Bei der Verschiedenartigkeit der Definition der Begriffe ist es selbstverständlich, dass die Angaben über die «Hypnotisirbarkeit» der Menschen sehr differiren. Bezüglich der Schädlichkeiten und Gefahren des «Hypnotismus» constatirt Hirsch, dass hochgradige Suggestibilität ein Krankheitssymtom ist und bleibt, dessen Bekämpfung die Aufgabe eines rationellen Heilverfahrens sein muss. Alle Bestrebungen, welche die Suggestibilität eines Menschen erhöhen, und das thun vor Allem eine Reihe erfolgreicher Suggestionen, müssen als schädlich und gesundheitsgefährlich bezeichnet werden. Die therapeutischen Erfolge des «Hypnotismus» sind meistens als post hoc, nicht als propter hoc aufzufassen und insgesammt cum grano salis zu beurtheilen. Den «posthypnotischen Suggestionen» liegen die verschiedensten causalen Bedingungen zu Grunde; sie setzen aber einen so hohen Grad von Suggestibilität voraus, dass die betreffenden Individuen sich weit jenseits der Grenze der Gesundheit befinden; es handelt sich in der Regel um schwachsinnige oder hochgradig hysterische Individuen».

«Wenn wir die gesammten Leistungen der modernen Suggestions- und Hypnotismuslehre übersehen, so ist einerseits nicht zu verkennen, dass durch sie manch dunkler Punkt geklärt wurde, und mancher Fortschritt der Wissenschaft ihren Bestrebungen zu verdanken ist. Auf der anderen Seite aber kann es keinem Zweifel unterliegen, dass man theils durch fanatischen Enthusiasmus, theils durch die Unklarheit der Begriffe der Wissenschaft directen Schaden zugefügt hat, indem infolge des allgemeinen Schlagwortes «es ist doch alles Suggestion» vielfach ein therapeutischer Nihilismus Platz gegriffen hat, dessen energische Bekämpfung sicherlich im Interesse der Kranken sein dürfte».

Zu welchen Consequenzen die in der ersten Brochüre dargelegte Begriffsverwirrung, wenn «suggeriren» mit «beeinflussen», «einreden», «einwirken» identificirt wird, führt, welch ein Umsturz unserer fundamentalen Begriffe über alle socialen und ethischen Verhältnisse heraufbeschworen wird durch die von der modernen Schule der Suggestion und des Hypnotismus aufgestellte Lehre, «dass geistig gesunde Menschen ihrer freien Willensbestimmung beraubt werden können und unter solchen Umständen für ihre Handlungen nicht zur Verantwortung zu ziehen sind», das beweist Hirsch schlagend an den «berühmten Fällen» der letzten Jahre.

Zunächst wird nachgewiesen, dass alle die von Bernheim angeführten classischen Fälle von Suggestion hysterische oder geistesschwache Individuen betrafen. Dann wendet sich Hirsch zu dem im Dec. 1894 in München verhandelten Process Czynski, welcher in Deutschland und über seine Grenzen hinaus Sensation erregte. Die ärztlichen Begutachter müssen sich harte Dinge sagen lassen. Auch aus dieser Analyse geht lediglich hervor, dass ein gewandter Gauner eine schwachsinnige alte Jungfer auszubeuten versuchte. Schliesslich unterzieht Hirsch die im Anschluss an diesen Process von Preyer veröffentlichte Brochüre: «Ein merkwürdiger Fall von Fascination. Stuttgart 1895» einer vernichtenden Kritik: auch hier handelt es sich um weiter nichts, als dass ein Geisteskranker eine psychisch minderwerthige Frau in das Netz seiner Wahnideen hineinzog und zu dem sonderbarsten Verhalten zwang.

Als Resultat der Betrachtungen ergiebt sich: «Die Behauptung, dass man durch «hypnotische Suggestion» geistig gesunde Menschen in Diebe und Mörder verwandeln könne, entbehrt sowohl jeder theoretisch-wissenschaftlichen als auch empirischen Begründung». Die im oben genannten Processe von den Begutachtern mit besonderem Nachdrucke hervorgehobene Thatsache, dass in ihm «zum ersten Male in Deutschland in einem Schwurgericht der Hypnotismus als ein Factor anerkannt wurde, der bei der Rechtsprechung als solcher zu berücksichtigen sei», kann nur mit dem höchsten Bedauern constatirt werden und dazu beitragen, «die Wissenschaft trotz all ihrer Bemühungen in den Augen der Laienwelt in Misskredit zu bringen».

Allen Anhängern des «Hypnotismus», Aerzten wie Laien, seien beide Bücher zur heilsamen Lectüre angelegentlich empfohlen. Michelson.

P. Bruns: Ueber den gegenwärtigen Stand der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Herausgegeben von Mikulicz und Naunyn. I. Band. I. Heft. Jena, G. Fischer.)

Die zusammenfassende Arbeit von Bruns über die Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie ist im I. Heft der im Verlage von G. Fischer erscheinenden «Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie», die durch die stattliche Anzahl hervorragender Mitarbeiter einen der ersten Plätze in der medicinischen Literatur einnehmen dürften, abgedruckt. Wir wollen an dieser Stelle nochmals die Aufmerksamkeit der Herren Collegen auf diese neue werthvolle Bereicherung der Literatur gelenkt haben.

Bruns geht zuerst auf die physiologische Bedeutung der Prostata ein, die bald zu den Harn-, bald zu den Geschlechtsorganen gerechnet werde. Zahlreiche Beobachtungen und Experimente (Ramm, White) haben nun auf einen innigen Zusammenhang der Prostata mit den Hoden hingewiesen. Sind die Hoden in ihrer Entwickelung gehemmt oder werden sie frühzeitig entfernt, so bleibt konstant auch die Entwickelung der Prostata eine rudimentäre; ebenso hat die Entfernung der Hoden nach Eintritt der Geschlechtsreife eine Verkümmerung der Prostata zur Folge. Auf diesen innigen physiologischen Zusammenhang gründet sich die Kastration bei Hypertrophie der Prostata. Die technisch bedeutend schwierigere, von Bier 1893 vorgeschlagene Unterbindung der A-iliacae internae ist ausser von Bier in 3 Fällen (1 Todesfall an septischer Peritonitis) noch von W. Meyer (New-York) 2 Mal (1 Todesfall)

ausgeführt worden und besitzt gegenüber der Kastration keine Vorzüge. Die doppelseitige Kastration wurde zuerst von Ramm (Christiania) im Jahre 1893 mit vollem Erfolg ausgeführt und bis jetzt sind in der Literatur 148 Fälle gesammelt (darunter 4 des Autors), von denen 74 aus Amerika, 33 aus England, 21 aus Deutschland, 12 aus Schweden und Norwegen, je 4 aus Frankreich und Russland stammen. Was nun die Erfolge der Operation betrifft, so muss die Wirkung derselben auf die Prostata und die auf die Blasenfunction unterschieden werden. Wenn man diejenigen Fälle der Casuistik berücksichtigt, in denen ganz bestimmte Angaben über das Verhalten der Prostata vorliegen, so ist unter 93 Fällen eine Verkleinerung 77 Mal eingetreten und 16 Mal ausgeblieben. Die Verkleinerung beginnt in der Regel schon in den ersten Tagen nach der Operation und ist mehrmals schon am 2. und 3. Tag constatirt worden. Ausnahmsweise scheint die Atrophie langsam vor sich zu gehen, so in einem Fall von Albarran, wo die Prostata erst nach 3 Monaten eine deutliche Verkleinerung aufwies. Gegenüber dieser fast constanten Rückbildung ist der Erfolg der Operation bezüglich der Wiederherstellung der Blasenfunktion weniger sicher. Bei Prostatikern welche hauptsächlich an sehr häufigem Harndrang ohne Retention litten, also den Katheter gewöhnlich nicht zur Hilfe nahmen, besserte sich meist alsbald nach der Operation der Urindrang und das Uriniren erfolgte in grösseren Pausen. Immerhin blieb stets Residualharn, wenn auch in geringer Menge, zurück. Unter den 18 hierher gehörigen Fällen sind im ganzen 5 Fälle ohne wesentlichen Erfolg operirt. Bei akuter Harnverhaltung, welche längstens seit einigen Wochen die Anwendung des Katheters erfordert hatte, war der Erfolg fast immer ein sehr prompter: meist am 2. Tage stellt sich die spontane Urinentleerung wieder ein und entweder von der Operation an oder längstens 7—10 Tage nach derselben wird der Katheter weggelassen (20 Fälle). Bei chronischer Harnretention, wo der Katheter Monate und Jahre lang ausschliesslich oder häufig im Gebrauch war, ist selbst nach 2—13 jährigem Katheterleben noch Heilung erzielt worden. Unter 28 Fällen, in denen der Katheter einige Monate bis 2 Jahre Anwendung fand, sind 22 wieder ganz von demselben befreit worden. Unter 20 Fällen, in denen das Katheterleben schon 2—20 Jahre lang dauerte, sind 8 Fälle von der Anwendung des Katheters befreit worden. Hierzu kommt noch ein weiterer Erfolg der Kastration, nämlich die Besserung oder Beseitigung der nicht selten jauchigen Cystitis, von der etwa in der Hälfte der Beobachtungen berichtet wird. Das Alter der Patienten war folgendes: zwischen 50—60 Jahren standen 15, zwischen 60—70 Jahren 40, zwischen 70—80 Jahren 50. 7 hatten ein Alter von 81—83 Jahren erreicht. Von den 148 Fällen sind 23 gestorben, zum Theil erst 3—6 Wochen nach der Operation. 9 an Pyelonephritis. 2 an Pneumonia, 2 an Erschöpfung, je 1 an Herzdegeneration, Gangrän des Fusses, Gehirnapoplexie, Influenza. Endlich sind noch 3 Todesfälle an akuter Manie verzeichnet, die sämmtlich von Foulds operirt worden waren, der über 5 Patienten berichtet. Ob wirklich in wenigen Tagen tödtlich endende Psychosen vorlagen oder ob nicht vielleicht urämische, septische oder toxische Zustände vorhanden waren, geht aus den wenig ausführlichen Krankheitsberichten nicht hervor. An Stelle der doppelseitigen Kastration ist auch die einseitige Kastration ausgeführt worden, doch ist die Wirkung der Semikastration auf die hypertrophische Prostata eine so unsichere, dass sie keine Existenzberechtigung besitzt. Die Erfolge der Kastration mussten den Gedanken nahe legen, auch die Durchtrennung der Ductus deferentes ohne Entfernung der Testikeln bei Prostatikern zu versuchen. Und in der That war der Erfolg in der Mehrzahl der allerdings bis jetzt nur vereinzelt ausgeführten Operationen ein günstiger, mehrmals sogar ein vollständiger.

So lehren denn die Erfahrungen, dass die Kastration bei Prostatahypertrophie im allgemeinen gute Aussichten, wenn nicht auf Heilung, so doch auf wesentliche Besserung des Zustandes gewährt. Diesen Vortheilen steht als einziger Nachtheil der Verlust der Hoden gegenüber, der allerdings von den meisten Operateuren nicht besonders hoch angeschlagen wird. Jedoch tritt Bruns dieser Anschauung nicht bei. Ist es doch hinlänglich bekannt, welchen tiefgreifenden Einfluss die doppelseitige Kastration in der Jugend auf den ganzen Organismus ausübt. Daneben aber dauert die Spermatozoenbildung auch im höchsten Alter fort, so ergab die Untersuchung der entfernten Hoden bei des Autors 4 Patienten (im Alter von 62—76 Jahren) reichliche Spermatozoenbildung, ja Kümmel fand sie sogar bei einem 83 jährigen Kranken. Es ist also nicht von der Hand zu weisen, dass die Kastration auch im Alter nicht ganz ohne Bedeutung ist. Abgesehen von den von Foulds erwähnten, nicht sicher beglaubigten Fällen von akuter Manie, konnte Bruns bei zweien seiner Kranken beobachten, dass sie sich wochen- und monatelang nach der Operation matt und kraftlos fühlten. Auch haben 2 seiner Operirten nach einigen Wochen an vorübergehender Polyurie gelitten, welche offenbar als nervöse Störung aufzufassen war. Aus diesem Grunde hält Bruns es für geboten, neben der Kastration die Resektion der Ductus deferentes auch weiterhin zu versuchen. Da zwischen Hoden und Prostata nur ein durch Nerveneinfluss vermittelter functioneller Zusammenhang besteht, kann auch die Ausschaltung der Hoden dieselbe oder eine ähnliche Wirkung auf die Prostata haben. An den Hoden selbst stellt sich dann nur eine sehr allmähliche oder gar keine Atrophie ein, so dass für den Gesammtorganismus keine Gefahr droht. Weyert.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In Anbetracht des Umstandes, dass nach Exstirpation von Carcinomen so häufig Recidive vorkommen, wenn auch die inficirten regionären Lymphdrüsen mitentfernt wurden, schlägt Rydygier eine Vervollkommnung der Radicaloperation bei Carcinomen vor, wie er es auch selbst in letzter Zeit mehrfach ausgeführt hat. Und zwar möchte Verf. darauf aufmerksam machen, dass wir bei jedem Carcinom nicht nur den primären Herd und die inficirten Lymphdrüsen zu exstirpiren haben, sondern dass auch die sie verbindenden Lymphgefässe sammt dem sie umgebenden Gewebe regelmässig und grundsätzlich zu entfernen sind. Ein Verfahren, das bei Exstirpatio mammae ja üblich ist.

(Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5, 1896).

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Sechste Sitzung.

Sonnabend den 16. September 1895, 3 Uhr Nachm.

1. Prof. K. Dehio demonstrirt Wachsabgüsse von Körpertheilen, welche mit den mannigfachsten Erscheinungen der Lepra in ihren verschiedenen Formen und Stadien behaftet sind.

Der Gang der im höchsten Grade naturgetreuen Darstellungsmethode ist in Kurzem folgender: Von dem darzustellenden Objekte wird zunächst ein Gypsabguss gewonnen und dieser dann mit einer Wachsmasse ausgegossen; letztere ist in der Weise imprägnirt, dass in ihr die Hautgrundfarbe bereits getroffen ist. Nach Auseinandernahme der umhüllenden Gypsform erscheint nun das Präparat in der genauesten Wiedergabe der zu erwartenden Plastik, um dann im Detail vervollständigt zu werden.

Die vorliegenden Präparate sind auf Bestellung des Herrn Prof. Dehio in Jurjew von Herrn Kasten verfertigt worden, welcher behufs Ausübung der geschilderten Darstellungsmethode in Berlin an der Klinik des Prof. Lassar angestellt ist.

2. Dr. L. Kessler hält seinen angekündigten Vortrag: **„Indicationen bei Uterusmyomen“.** («St. Petersb. med. Wochenschr.»)

Discussion:

a) Dr. M. Treymann stimmt dem Vortragenden vollkommen bei, wenn von der operativen Behandlung der Myome als der besten, vielleicht einzigen die Rede ist. Das unaufhaltsame Siechthum zwinge zur Anwendung der radikalen Methode, sei es dass dieselbe vom Abdomen oder aber von der Vagina aus zur Anwendung gelangt. Die Péan'schen Erfolge drängen uns dazu, zumal bei den kleineren Myomen, die Exstirpatio uteri myomatosi per vaginam häufiger vorzunehmen als es bisher geschehen ist. Auch die Laparo-Myotomie sei heutzutage nicht mehr so zu fürchten wie früher. Die Unterbindung der Arteriae uterinae etc. sei nur ein Nothbehelf, der meist wirkungslos bleiben werde.

b) Dr. L. Kessler hat gleichfalls unbefriedigende Resultate von der Unterbindung der Arteriae uterinae gehabt und hält diese sowie die übrigen nicht-radikalen Behandlungsmethoden für nicht empfehlenswerth, sobald die Myome schon Symptome gemacht haben, welche überhaupt einen operativen Eingriff indiciren. Durch jede insufficiente Behandlungsmethode werde der Entwicklung des Siechthumes bei vorhandenem Myome Vorschub geleistet.

c) Dr. G. v. Knorre möchte gleichfalls die Unterbindung der Arteriae uterinae (nach Gottschalk-Küstner) behufs Erzielung einer Schrumpfung des Myomes nicht mehr anwenden, weil die mit dieser Methode concurrirende vaginale Totalexstirpation einen fast ebenso grossen Eingriff darstellt und sicher hilft, während die Unterbindung der Uterinae oft resultatlos bleibt.

Hinsichtlich der Indikationen zur Myomotomie betont Redner, dass er die so häufig geltend gemachte Indikation wegen eventuell eintretender Gefahren bei Gravidität — nicht anerkennen kann, da der grösste Theil der Myome keine besonders bedrohlichen Erscheinungen bei der Geburt mache — allenfalls Blutungen, welche durch eine entsprechende Therapie zu bekämpfen sein dürften.

Selbstverständlich können unter Umständen, besonders bei excessiv grossen Myomen, lebensgefährliche Erscheinungen auftreten, die eine Operation erheischen; dann sollte in der Schwangerschaft operirt werden.

3. Dr. P. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber Blinddarmentzündung"**. («St. Petersb. med. Wochenschr.»)

Discussion:

a) Dr. A. v. Bergmann: der Standpunkt, den Redner vor 3 Jahren vor dem Aerztetage vertrat, habe durch die Erfahrungen an den seither operirten Fällen keine Verschiebung erfahren. Es handle sich hier um den von Kymmel vertretenen Standpunkt. Schwierigkeiten biete die Frage, wann bei einer ersten sogenannten perityphlitischen Attaque operativ einzugreifen sei; in einem Falle erwies die Untersuchung in der Narkose, dass der perityphlitische Tumor, welcher vorher zu palpiren war, nicht existirte; eine Incision bis aufs Peritoneum erwies, dass thatsächlich nichts zu palpiren war, daher wurde abgewartet. Allein, schon am nächsten Tage setzte eine foudroyante Peritonitis ein, welche zum Tode führte und einer Perforation des processus vermiformis in die freie Bauchhöhle hinein — ihre Entstehung verdankte. Ein operativer Eingriff hätte die Kranke wahrscheinlich gerettet.

Weiter könne man bei der Operation an einen processus vermiformis kommen, der durch Lage und Fixirung nicht entfernbar ist, in einem solchen Falle habe Redner sich durch Tamponade nach Mikulicz geholfen. Die betreffende Kranke ist vor wenigen Tagen geheilt entlassen worden.

b) Prof. K. Dehio: Aus den Verhandlungen des letzten Congresses für innere Medicin in München — geht hervor, dass die Chirurgen die Indikationen für die operative Behandlung der Blinddarmentzündungen nach den pathologisch-anatomischen Formen der Krankheit zu stellen bemüht sind. Das sei gewiss ein richtiges Bemühen, allein, die Schwierigkeit besteht darin, dass es durchaus nicht immer möglich ist, aus den klinischen Symptomen die pathologische Form der Wurmfortsatzerkrankungen zu erkennen. Es komme ferner hinzu, dass es Perityphlitiden giebt, bei denen nicht nur entzündlich phlegmonöse Infiltration des Bindegewebes, sondern in der Tiefe derselben auch sogar Eiter vorhanden sein kann und die dennoch zur Resorption und Spontanheilung kommen. Die grössere Aufmerksamkeit, die man den sog. serösen, chronischen, recidivirenden Entzündungen neuerdings zugewandt hat beweise ferner, dass auch diese bei langem Zuwarten trotz mehrfacher Recidive schliesslich doch zur Ruhe kommen können. Deshalb dürfte der etwas weniger operationslustige Standpunkt, den auf dem genannten Congresse Chirurgen wie Sonnenburg eingenommen haben — ein vollkommen berechtigter sein.

c) Dr. P. Klemm giebt Herrn Prof. Dehio zu, dass man noch lange nicht soweit sei, für jeden Fall von Perityphlitis die Indikation für eine Operation anzugeben, weil eben häufig die Einsicht in die pathologischen Vorgänge fehle und nur aus ihnen die objektiven Symptome abgeleitet werden können. Trotzdem aber ist Redner der Meinung, dass es eine Reihe von Zeichen giebt, die uns den Verdacht nahe legen, dass sich gewisse Vorgänge im Wurmfortsatz abspielen, die für das Individuum Gefahren mit sich bringen und die es wünschenswerth erscheinen lassen, durch eine Operation den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Wir sollen natürlich nicht von vornherein darauf ausgehen, Frühoperationen zu machen, wohl aber sollten wir durch inniges Hand in Handgehen mit den Chirurgen unser ganzes Augenmerk auf die Entwicklung des Symptomencomplexes zu richten, um sofort bei allarmirendem Charakter der Symptome eingreifen zu können. Redner glaubt in seinem Vortrage auf diese Momente hingewiesen zu haben, wobei er freilich zugeben möchte, dass es Fälle giebt, wo man in dubio sein wird, was im Augenblicke zu geschehen hat, andererseits jedoch müsse eingeräumt werden, dass es Symptome giebt, die einem eo ipso das Messer in die Hand zwingen. Die Frage der Abscessbildung stehe nicht so im Vordergrunde des Interesses, wie das allgemein angenommen werde, da die Bildung von Eiterdepots noch lange nicht zu den schlimmsten, das Leben am meisten bedrohenden Symptomen gehört.

d) Dr. A. v. Bergmann: Die Resorption von Eiter sei doch ein Faktor, mit dem man nicht rechnen dürfe. Spontanheilung von Empyem sei wiederholt beobachtet worden und doch würde es Keinem einfallen bei Empyemen abzuwarten. Wo Eiter nachzuweisen sei — und Solches könne schon bei relativ kleinen Abscessen in Narkose geschehen — müsse eingegriffen werden. Ferner geben die recidivirenden Perityphlitiden Indikation für die Operation. Bei den acuten Attaquen habe man dem Lenander'schen Standpunkte zu folgen und bei jeder Abweichung des Krankheitsbildes von der Norm den Eingriff zu diskutiren, wobei ein rechtzeitiges Hand in Handgehen der Chirurgen mit den Internisten wichtigste Bedingung sei.

e) Dr. E. Anders weist darauf hin, dass die Indikation immerhin innerhalb bestimmter Grenzen schwanke und dass wir auf ein statistisches Material angewiesen seien; es müsse die Gefahr des Eingriffes in Zahlen ausgedrückt werden. Redner leugnet nicht die Berechtigung eines frühen Eingriffes, solange die Indikationsstellung keine präcisere; denn eine namhafte Zahl von Fällen werde dabei in die Ziffer der Geretteten gezogen. Redner führt einen einschlägigen Fall aus seiner Erfahrung an.

f) Dr. A. v. Bergmann. Die Indicationen für die Operation seien bereits recht präcisirt:

Sobald die acute Attaque nach erfolgter Entfieberung wieder Ansteigen der Temperatur zeigt, sobald im Verlaufe ein Schüttelfrost eintritt, oder exorbitante Schmerzen verbunden mit schlechtem Allgemeinbefinden auftreten — sei der Eingriff ernstlichst zu erwägen. Die Abscesse, die recidivirende Form indiciren strikt die Operation; damit sei gesagt, dass die Fälle, in denen man hinsichtlich des Eingriffes schwankt, doch recht eng begrenzt sind.

g) Dr. Zöge v. Manteuffel. Die Indicationsstellung sei freilich schwierig; aber vorwiegend für die recidivirenden Perityphlitiden. Den Patienten können wir nicht einmal die Versicherung geben, dass der Anfall sich wiederholt, vielleicht war es thatsächlich der letzte.

Eine wesentliche Förderung der Frage habe aber das frühe Operiren zu Wege gebracht, — nicht die klinische Beobachtung. Und wenn wir auch nicht alles und gleich operiren, so geben Zahlen wie Lenander sie giebt doch zu denken. Redner bezweifelt, dass Internisten solche Heilungsreihen aufweisen könnten.

h) Dr. E. Anders. Die für die Indication zur Operation angeführten Cardinalsymptome seien nicht ganz exakt. Die von Herrn Dr. v. Bergmann geltend gemachten Indicationssymptome: Schüttelfrost, Wiederansteigen der Temperatur oder zu spätes Abfallen der Temperatur — dürften wohl auch den Fällen zuzuzählen sein, welche operationslos günstig verlaufen. Auch die erwähnten Symptome würden also die Indicationsgrenze nicht genauer normiren. Indessen gehöre die Lösung der Frage eines erfolgreichen therapeutischen Verfahrens sicher dem operativen Vorgehen an. Der späte operative Eingriff involvire die Gefahren, — nicht der frühe. Die Internisten aber wären kaum im Stande ein äquivalentes Verfahren an die Stelle des operativen Eingriffes zu setzen.

i) Dr. A. v. Bergmann habe 14 oder 15 Fälle von Appendicitis mit Resection des processus vermiformis behandelt. Ein Fall betraf einen Mann mit erster Attaque, in der bereits neun Schüttelfröste vorhergegangen waren. Redner entfernte den processus vermiformis und eröffnete einen Abscess in der Radix mesenterii. Pat. sei nach einem schweren Krankenlager mit andauernden Schüttelfrösten — genesen. Sein Organismus habe also das septische Material verarbeitet, das während jener ersten Schüttelfröste durch die Mesenterialvenen aufgenommen war. Wäre die Operation gleich nach dem ersten Schüttelfroste erfolgt, so wäre doch mindestens das nachfolgende Krankenlager wesentlich abgekürzt worden, da nicht soviel durch die Mesenterialvenen aufgenommen worden wäre. Die übrigen Fälle betrafen recidivirende Appendicitis. Die betreffenden Patienten kamen zur Operation, weil ihnen ihr Zustand derartige Beschwerden machte, dass sie das Risiko der Operation gerne auf sich nahmen nur um ihre Beschwerden loszuwerden. In allen diesen Fällen war der Erfolg günstig.

k) Dr. P. Klemm. Eine Blinddarmentzündung könne gewiss derart verlaufen, dass Schüttelfröste wiederholentlich auftreten, nur müsse man sich Mühe geben, diese richtig zu deuten, denn sie können häufig genug der Ausdruck dessen sein, dass die necrotisirenden Vorgänge am Darm progredient sind.

l) Prof. K. Dehio. Aus der Debatte gehe hervor, dass in einer grossen Zahl von Krankheitsfällen Internisten wie Chirurgen einstimmig dafür sein werden operativ einzugreifen. In einer anderen Reihe von Fällen aber seien die Indicationen für die Operation durchaus nicht leicht zu stellen und sie sind es, in denen der Chirurg und der Internist gemäss der Verschiedenheit des Krankenmateriales, an dem sie ihre Erfahrungen sammeln, — am häufigsten verschiedener Meinung sein werden. Die Anzahl solcher für die Therapie strittiger Fälle wird sich nur dann allmälig verringern, wenn einerseits die Chirurgen sich in den inneren Kliniken davon überzeugen, wieviele Typhlitiden und Perityphlitiden bei exspectativer Behandlung günstig verlaufen — und wenn andrerseits die Internisten sich durch eigenen Augenschein darüber belehren lassen werden, dass die Operation der Perityphlitis thatsächlich nicht so gefährlich ist, wie das von den Nichtchirurgen noch häufig angenommen wird.

m) Dr. W. Zöge v. Manteufel. Die Indicationsstellung werde einzig und allein durch die pathologischen Kenntnisse gefördert werden und diese verdanken wir nicht der klinischen Beobachtung, auch nicht den Sectionen, wo die Patienten das operative Stadium schon überschritten haben, — sondern nur den Operationen.

4. Dr. W. Greiffenhagen hält seinen angekündigten Vortrag: **„Die Radikaloperation nicht eingeklemmter Brüche"**. (St. Petersb. med. Wochenschr.).

Discussion:

a) Dr. W. Zöge v. Manteuffel will die Indicationen zur Radikaloperation noch weiter gestellt wissen, da Bruchbänder doch nie Sicherheit gegen Einklemmung geben.

Ferner fragt Redner an, ob die Operation nach Frank nicht bedenkliche Einklemmungen des Samenstranges hervorrufen, wie wir sie am Nerv nach Fracturen des humerus etc. sehen?

Redner würde sich scheuen, den Samenstrang in den durch Callus sich verändernden Raum zu placiren.

b) Dr. W. Greiffenhagen schliesst sich den Ausführungen des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel an und meint, man habe wol das Recht, die Radikaloperation anzuempfehlen. Frank habe von Seiten des Samenstranges nie irgend welche Störungen — auch 3 Jahre nach der Radikaloperation — beobachtet.

5. Dr. E. Anders hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber Ruhestellung und Entlastung erkrankter Körpertheile (nebst Demonstration von Apparaten)“.** (»St. Petersb. med. Wochenschr.»).

Discussion:

a) Dr. W. Zöge v. Manteuffel will scharf scheiden zwischen Kindern und Individuen, die nahe der Grenze des Knochenwachsthumes stehen. Kinder können sehr lange ruhig liegen und wir müssen mit Sicherheit die Vernarbung abwarten ehe mit der Leistung der physiologischen Functionen begonnen wird.

b) Dr. E. Anders. Bei Erwachsenen habe das lange Liegen in der That grosse Schwierigkeiten. Die Spondylitis aber bei Erwachsenen sei meist so gravide, dass ein Theil der Patienten unabhängig von den therapeutischen Eingriffen auf die horizontale Lage angewiesen ist.

c) Dr. A. v. Bergmann. Es sei ein Unterschied zu machen zwischen der Behandlung in der Privatpraxis und der — im Hospitale: Die absolute Bettruhe für die Coxitis sei in der Privatpraxis nicht durchzuführen; man werde hier Besseres leisten, wenn man das kranke Kind in einen geeigneten Stützapparat legt, sobald das akuteste Stadium vorüber.

d) Dr. E. Anders erwidert Herrn Dr. v. Bergmann, dass er die horizontale Lage nur für die Spondylitis im Auge gehabt habe. Nur eine bestimmte Periode der Coxitis gehöre der horizontalen Lagerung an; sonst habe man Immobilisation und Krücken in Anwendung zu bringen. Die Extremitaten bilden einen ausgesprochenen Gegensatz zur Wirbelsäule, welche wir auf keinem anderen Wege als durch die horizontale Lage entlasten können.

6. Dr. W. Zöge v. Manteuffel hält seinen angekündigten Vortrag: **„Ueber Spättodesfälle nach Narcose“.** («St. Petersburger med. Wochenschrift»).

7. Der Präses Dr. H. Truhart giebt einen Rückblick auf die Thätigkeit und den Verlauf des VII. livl. Aerztetages und stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (cf. § 23) gewünscht werde?

Die Frage wird von der Versammlung einstimmig in verneinendem Sinne beantwortet.

8. Der VII. livl. Aerztetag wird statutengemäss durch den örtlichen Kreisarzt Dr. P. Gaehtgens geschlossen.

Schluss der VI. Sitzung.

d. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Vermischtes.

— An der Universität zu Kristiania sind zwei neue Docenturen eingerichtet worden: für propadeutische Chirurgie und Psychiatrie. Die erste ist Hagb. Ström, die letztere Haran Holm übertragen worden.

— Wiederum steht der medicinischen Facultät der Universität Jurjew (Dorpat), wie wir der «N. D. Ztg.» entnehmen, ein empfindlicher Verlust bevor, indem der bisherige Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie Dr. Dietrich Barfurth diese Universität in nächster Zeit verlässt, um einer Berufung an die Universität Rostock als ordentlicher Professor der Anatomie und Director des anatomischen Instituts, an Stelle des vor Kurzem verstorb. Prof. Brunn, Folge zu leisten. Mit Prof. Barfurth, welcher nahezu 7 Jahre hindurch den Lehrstuhl für vergleichende Anatomie innegehabt, scheidet wieder zum Besten einer ausländischen Universität eine Lehrkraft und ein Gelehrter von uns, dessen Thätigkeit für das medicinische Studium an der alten baltischen Hochschule eine sehr werthvolle gewesen ist.

— Die Wilna'sche medicinische Gesellschaft hat den Prof. emer. der militär-medicinischen Akademie Geheimrath Dr. Benjamin Tarnowski und den Professor des hiesigen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna. Dr. M. J. Afanasjew, — zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Am 9. März beging der Professor der allgemeinen Pathologie an der Moskauer Universität, Dr. Alexander Vogt, das 25jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit; bei welcher Gelegenheit ihm ein werthvolles Album mit Photographien, ein Buvard und von seinen Schülern ein Betrag von 2000 Rbl. zur Stiftung einer Vogt-Prämie für wissenschaftliche Arbeiten bei der Moskauer Universität dargebracht wurden. Die Feier schloss mit einem zu Ehren des Jubilars veranstalteten Diner, auf welchem Prof. Spicharny mittheilte, dass von Verehrern des Jubilars 10,400 Rbl. versammelt worden, von denen 8000 Rbl. zur Stiftung von Stipendien für Studenten der medicinischen Facultät, 2000 Rbl. zur Verstärkung der Mittel des Instituts der allgemeinen Pathologie und 400 zur Bezahlung von Collegiengeldern für unbemittelte Studirende bestimmt seien.

— Am 28. Februar vollendeten sich 50 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der Pädiatrie an der Kasanschen Universität, Dr. Tolmatschew.

— Bei der am 9. März in der Conferenzsitzung der militär-medicinischen Academie stattgehabten Wahl zur Besetzung des neuerrichteten Lehrstuhls für Infectionskrankheiten mit einem Cursus der Bakteriologie erhielt von den fünf Candidaten die Majorität der Stimmen der Privatdocent der genannten Academie, Dr. Sergei Botkin, ein Sohn des verst. Professors gleichen Namens.

— Verstorben: 1) Im Gouv. Mohilew der jüngere Arzt des 159 Gurischen Inf.-Reg. Georg Grüning im 33. Lebensjahre. 2) In Moskau der dortige Polizeiarzt Staatsrath D. A. Gatzuk im Alter von 63 Jahren. Der Verstorbene, welcher i. J. 1856 die Arztwürde in Moskau erhielt, ist bekannt als Uebersetzer und Herausgeber zahlreicher Werke.

— Der bekannte Berliner Kliniker, Geheimrath Professor Dr. Ernst Leyden, ist vom Kaiser von Deutschland in den erblichen Adelstand erhoben worden.

— Der Professor der Chirurgie Dr. Benno Schmidt in Leipzig beging vor Kurzem seinen 70. Geburtstag.

— An Stelle des verstorbenen Professors van der Mey ist Dr. H. Treub in Leyden zum Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität in Amsterdam ernannt worden.

— Dr. Albert Narrath, früher Assistent Billroths und Gussenbauer's in Wien, ist zum ord. Professor der Chirurgie in Utrecht ernannt worden.

— Zu Präsidenten der medicinischen Prüfungscommissionen an den russischen Universitäten sind ernannt: Für Moskau — der Rector und Professor der Psychiatrie an der Warschauer Universität, Dr. Kowalewski; Für Charkow — der ehemalige Professor der Physiologie an der mil.-med. Akademie, Dr. Fürst Tarchanow. Für Kiew — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, Prof. emer. Dr. Lasarewitsch (Gynäkolog); für Kasan — der Professor der Syphilidologie an der Charkowschen Universität, Dr. Brujew.

— Der Leibarzt des Schah von Persien Saamis-Eddin-Maseichel Mulk, welcher gegenwärtig Europa bereist, ist aus Nizza in St. Petersburg eingetroffen. (Herold.)

— Wie verlautet, entsendet die russische Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» zwei Sanitätsabtheilungen auf den nordafrikanischen Kriegsschauplatz und zwar die eine in's italienische und die andere in's abessinische Lager. Diese Sanitätsabtheilungen, welche unter dem Befehl des Generals Schwezow stehen, zählen 10 Aerzte, 20 barmherzige Schwestern und 50 Sanitätsgehülfen. — Abessinien ist, laut einer Depesche an den Präsidenten des «Rothen Kreuzes», der Genfer Convention beigetreten.

— Wie die «Nowoje Wremja» erfährt, sind 161 Studirende der militär-medicinischen Akademie wegen Nichtbezahlung der Collegiengelder für das II. Semester 1896 aus der Zahl der Studenten ausgeschlossen worden.

— Das St. Petersburger Stadtamt beschloss in seiner Sitzung vom 4. März für das zu errichtende weibliche medicinische Institut ein Grundstück von 2000 Quadratfaden auf der St. Petersburger Seite an der Archijereiskaja-Strasse, beim Peter-Pauls-Hospital, anzuweisen und dem genannten Institut vom 1. Januar ab eine Subsidie im Betrage von 15,000 Rbl. jährlich zu zahlen — unter der Bedingung, dass zwei Vertreter der Stadt dem Verwaltungscomité des Instituts angehören.

— Cholera. Da in Galizien seit einiger Zeit keine Erkrankungen an der Cholera weiter vorgekommen und auch, aus Constantinopel solche nicht gemeldet worden sind so ist ganz Europa gegenwärtig als cholerafrei anzusehen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. März d. J. 8724 (13 wenig. als in d. Vorw.), darunter 1823 Typhus — (145 wen.), 766 Syphilis — (1 mehr), 209 Scharlach — (43 mehr), 53 Diphtherie — (3 mehr), 167 Masern — (1 mehr), und 29 Pockenkranke — (0 wen.) als in der Vorw.

Am 9. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 8682 (42 wen. als in der Vorwoche), darunter 1770 Typhus — (53 wenig.), 748 Syphilis — (18 wen.), 212 Scharlach — (3 mehr) 47 Diphtherie — (6 wen.), 139 Masern (28 wen.) und 28 Pockenkranke (1 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. Febr. bis 2. März 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
446	347	793	128	63	170	23	12	34	76	66	84	40	53	30	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 34, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 35, Scharlach 29, Diphtherie 20, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 10, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 34.

Für die Woche vom 3. bis 9. März 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
395	331	726	134	74	142	19	10	39	58	55	52	45	41	45	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 33, Febris recurrens 11, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 38, Scharlach 28, Diphtherie 10, Croup 2, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 82, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 29, Krankheiten der Verdauungsorgane 52, Todtgeborene 24.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. März 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 8. April 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Hierzu als Beilage ein Prospect vom «Verlage von Ferdinand Enke in Stuttgart».

Дозв. ценз. Спб. 16 Марта 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, 23. März (4. April) 1896

Nochmals über eine Frage aus dem Gebiete des Selbstbestimmungsrechtes der Frau.

Von

Dr. L. Kessler.

(Vortrag, gehalten auf dem VII. livl. Aerztetage in Wenden 16. September 1895.)

Meine Herren!

Durch einen Beschluss des 2. livl. Aerztetages (Wenden 1890) bin ich verpflichtet[1]) auf eine damals von mir angeregte Frage nochmals zu sprechen zu kommen: auf die Frage über die Berechtigung der Frau zu freier Inanspruchnahme und Forderung ärztlicher Hülfeleistung, resp. dessen, was geschehen könne und müsse, um ihr dieses Recht auch gegen etwaigen Einspruch und Verweigerung von Seiten des Ehemannes ungeschmälert zu wahren. Es wurde damals, im Anschluss an die 2 von mir mitgetheilten Fälle und das daran angeknüpfte, beschlossen: eine möglichst vollständige Erhebung des einschlägigen casuistischen Materials zu veranstalten, über deren Ergebniss ich referiren sollte, und wollte der Aerztetag darauf hin dann eventuell Schritte bei der Staatsregierung thun, um Verordnungen zu erwirken, durch welche weiterer Straflosigkeit derartiger Grausamkeiten von Seiten der Ehemänner gegen ihre Frauen und der Ignorirung ihres Flehens um Hülfe, um Linderung ihrer Qualen, um Rettung ihres Lebens ein Ziel gesetzt würde.

Zu dem Zweck habe ich an die ca. 250—300 in Estund Livland ansässigen Collegen, soweit ich deren Namen und Wohnorte aus den auf meine Bitte aus den Medicinalabtheilungen der beiden Gouvernementsregierungen mir zugesandten Verzeichnissen ersehen konnte, fertig an mich adressirte und frankirte Couverts zugesandt mit der Bitte um Mittheilung ihnen etwa vorgekommener einschlägiger Fälle. Ich erhielt zurück ca. 150 Couverts — die meisten ohne Beiträge liefern zu können, während einige doch recht gravirendes zu berichten haben; — woraus ich Ihnen Folgendes vorlege. Zunächst geburtshülfliche Fälle:

1) College S. begiebt sich auf Bitten des Pastors zu einer 45jähr. IX para und findet sie seit 4 Tagen kreissend, von alten Weibern arg zugerichtet; Kopf im kleinen Becken fest eingekeilt, Pfeilnaht im graden Durchmesser, kl. Font. vorn; seit 2 Tagen keine Kindsbewegung mehr; keine Herztöne hörbar. Absolute Wehen schwächer. Puls 120—130; keine bedeutende Temperatursteigerung; Gesicht eingefallen, Nase spitz; bedeutende Schmerzhaftigkeit des Leibes bei Palpation.

Operative Entfernung des todten Kindes vorgeschlagen. Der Mann verweigert jeden operativen Eingriff: «Gott hat meine Frau schon 8 Kinder gebären lassen; wenn es sein Wille ist, dass sie bei der Geburt des 9. stirbt, so ist dabei nichts zu machen», auch wolle er auf keinen Fall zugeben, dass das todte Kind zerstückelt werde, lieber möge die Frau sterben. Dabei blieb der Mann trotz Bittens der Frau um die Operation und aller Versuche, ihn zu überreden, seine Einwilligung zur Operation zu geben. — 12 Stunden später Exitus letal. (unter Collapserscheinungen).

2) College R. Kaufmannsfrau in Riga; 6. Gravidität. Leberleidend; letzteres aber hat im Anfang dieser Schwangerschaft relativ wenig Beschwerden bereitet; erst im 8. Monate verschlimmert sich das Leiden so rapid, dass einerseits im Interesse der Frucht, andererseits weil von der Entbindung Erleichterung der Beschwerden der Mutter gehofft wurde, die schon früher proponirte Einleitung der künstlichen Frühgeburt zur ernstlichen Forderung erhoben werden musste. Die Frau ist dafür, der Mann bleibt hartnäckig dagegen; das einzige was er gestattet, ist sectio caesarea post mortem. — Diese ergiebt ein völlig ausgetragenes, ganz frischtodtes Kind; einige Stunden vor der Operat., resp. dem Tode der Mutter waren die fötalen Herztöne deutlich zu hören gewesen.

Hier wurde also nicht nur die von der Frau zur Erleichterung ihrer eigenen Leiden ausdrücklich gewünschte operative Hilfeleistung vom Mann verhindert, es wurde auch obendrein noch das Leben eines gesunden völlig reifen Kindes, welches durch denselben Eingriff sicher erhalten worden wäre, eigenwillig und eigenmächtig von ihm verspielt.

Besonders häufig scheinen Placentarretentionen verhängnissvoll zu werden:

3) Dr. F. (im Dörptschen Kreis), in einer Gegend, in welcher dieser seit 25 Jahren dort ansässige auch als Geburtshelfer sehr tüchtige College durch seine vorzüglichen Erfolge auf diesem Gebiet das vor seinem Hinziehen vollkommen fehlende Vertrauen zu geburtshülflichen Hülfe.

[1]) S. Protokolle des 2. livl. Aerztetages zu Wenden. 1890. pag. 29.

leistungen und Operationen unter der Landbevölkerung ausserordentlich gehoben und gefestigt hat; in dem sogleich mitzutheilenden Fall glaubt College F. bestimmt wirklich böswillige Motive auf Seiten des Mannes bei seiner Verweigerung der Zulassung des Arztes und dem durch jene verschuldeten Tode der Frau annehmen zu müssen: 29 jähr. I par.; 3 Tage p. p. erscheint der Mann reitend bei dem nur 5 Werst von seinem Gesinde entfernten Doctorat, mit der Mittheilung, das die placenta noch nicht abgegangen und dass die Frau in Folge der anhaltenden Blutung immer schwächer werde, — und wünscht ein Mittel gegen diese. Alle Auseinandersetzungen, dass nur manuelle Entfernung der Nachgeburt Hülfe schaffen könne, und die Anerbietungen des Collegen, sofort hinzukommen und dies auszuführen, und selbst sein Versprechen, dies alles unentgeltlich zu thun, bleiben erfolglos; er wolle nur Medicin haben. — Inständig hat in den folgenden Tagen die arme Frau den Mann oft gebeten, wenn nicht um ihretwillen, so doch um des Kindes willen sie zu retten und den Arzt zu holen! Die stete Antwort des Mannes ist geblieben: mit der Zeit würde schon alles von selbst in Ordnung kommen. Als auch am 8. Tag die Blutungen noch andauerten, haben die alten Weiber, als gutes Mittel gegen diese, ein warmes Bad empfohlen; in ein solches hat man die Kranke in die Badstube gebracht, und in dieser Wanne ist sie immer stiller und stiller geworden und endlich auf ewig eingeschlafen. Das Badewasser aber ist ganz roth gewesen. — Den Mann hat das sehr gleichgültig gelassen und er hat bald eine reichere Person geheirathet.

4) Dr. K. im Dörpt'schen Kreis. Placentarretention seit ca. 1 Woche; mehrere Schüttelfröste bereits vorhanden gewesen. Versuch der Ausräumung ohne Narkose misslingt, Patientin wird daher chloroformirt. Da legt der Mann sich plötzlich ins Mittel und erklärt, dass er unter keinen Umständen werde weiter operiren lassen. Alle Vorstellungen vergeblich. Patientin starb 2 Tage später.

5) Dr. J. im Pernau'schen. In diesem Fall ist zwar nicht der Tod, wohl aber nach 2 aufeinanderfolgenden Geburten unverantwortlich langes Siechthum durch plac. retention gefolgt. Nachdem nämlich nach der 1. Geburt die Frau, wie der Mann selbst angab, 1 Jahr lang krank gewesen und dabei «furchtbar abgemagert sei, weil es lange gedauert habe, bis die Nachgeburt herausgefault sei» — hatte der Mann im 2. Wochenbett am 11. Tage p. p. wegen abermals zurückgehaltener plac. den Arzt requirirt. Fürchterlicher Gestank. Beim Versuch, eine Untersuchung vorzunehmen, zuerst Drohungen, dann thätliche Behinderung des Collegen, dessen Arme vom Mann gefasst und festgehalten wurden; «er erlaube nicht, irgend etwas zu machen; er wolle nur Medicin gegen das Erbrechen, die Kopfschmerzen und das Fieber, und wolle wissen, ob seine Frau am Leben bleiben werde oder ob und wann dieselbe sterben müsse?» — Der College musste unverrichteter Dinge 47 Werst zurückfahren. Die plac. ist später in grossen fauligen Stücken abgegangen. Langes Krankenlager.

6) Dr. S. (im Dörptschen). Gleichfalls Hinderung an Entfernung einer nicht spontan abgehenden plac. durch gewaltthätiges Festhalten der Hände des Arztes von Seiten des Mannes.

Um nichts besser als in diesen geburtshülflichen Fällen ist die Verweigerung der Zulassung ärztlicher Hülfeleistung von Seiten des Ehemannes in folgenden gynäkologischen und anderweitigen Erkrankungen der Frau:

7) Dr. T. Stepanida Fedulowa, 20 J. alt, ins Rigaer Stadtkrankenhaus aufgenommen. Sehr grosser Tumor ovarii unilocularis. Voraussichtlich leichte Laparotomie. Nachdem Patientin bereits ihre Zustimmung zur Operation gegeben hatte, erschien der Mann mit einigen Angehörigen im Krankenhaus, verweigerte strict die Zustimmung zu irgend welchem Eingriff und brachte die Frau sofort wieder aus dem Krankenhaus fort nach Hause, indem er «mit Lächeln erklarte, zum ersten mal davon gehört zu haben, dass es Menschen gebe, die ihren Nebenmenschen den Bauch aufschlitzten! ob man ihn verhöhnen wolle?» — Alle weiteren Vorstellungen fruchtlos.

8) Dr. H. (Wesenberg). Deputatistenweib. Phlegmasia alba dolens im Wochenbette; darnach Gangrän des resp. Unterschenkels Jan. 91 Amputation vorgeschlagen. (Die Kosten war das Gut erbötig zu tragen.) Der Mann gestattet die Operat. nicht — «trotz Bitten der Frau, welche entsetzliche Qualen auszustehen hatte». — Im Sommer sah der College die Frau wieder, «sie war zum Skelett abgemagert und flehte ihn an, den Fuss abzunehmen. Der Mann aber blieb bei seiner Meinung: «er lasse nicht schneiden, sie könne ja so sterben». — Im September endlich hatte er sich erweichen lassen; «als zur Operation geschritten werden sollte, hatte der Operateur den Unterschenkel nur angefasst, da war er im Knie abgefallen.» — «Der behandelnde Arzt hatte den Eindruck gehabt, als ob der Mann bestimmt gehofft hatte, sein Weib würde die Operation nicht überleben; — sie erholte sich aber über Erwarten gut, so dass sie in ganz gutem Ernährungszustande entlassen werden konnte. Zu Hause ist sie nach einigen Wochen ganz plötzlich unter verdächtigen Umständen gestorben».

9) Dr. S. (Riga). Einen ähnlichen Fall fühlt Dr. S. (Riga) nach seiner Erinnerung aus der Wahl'schen Klinik mitzutheilen sich gedrungen, mit dem Zusatz: «da er auf uns Praktikanten einen tiefen Eindruck machte.» — Ein Peipusfischer (Russe) stellte seine Frau vor; sie hatte die «Rose» am Fuss gehabt; diese war ihr «lege artis» am Unterschenkel so energisch «abgebunden» worden, dass sich als Folge Gangrän des Fusses und Unterschenkels eingestellt hatte. Prof. Wahl proponirt die Amputation und macht die Nothwendigkeit des Eingriffs den Leuten dringend klar. Patientin selbst war gleich einverstanden; der Mann aber erklärte: ein Weib mit einem Bein könne ihm nichts nützen, lieber möge sie sterben. Unoperirt brachte er sie sofort aus der Klinik wieder weg. — Das Weib war 25 Jahr alt. —

M. H. Des Traurigen genug enthalten die mitgetheilten Fälle. Immerhin könnte es Manchem von Ihnen scheinen, dass die Zahl derselben doch nicht sehr gross ist, — nicht so gross, wie man es unter einer so zahlreichen ungebildeten Bevölkerung wie diejenige, welche die beiden Provinzen Liv- und Estland bewohnt, erwartet werden könnte. Aber, m. H.! es glaubt ja doch wohl auch Niemand unter uns, dass mit dem Voranstehenden wirklich ein vollständiges Verzeichniss dessen gegeben ist, was auch nur in den letzten 1 oder 2 Decennien in dieser Beziehung thatsächlich alles passirt ist; so manches einschlägige Ereigniss dürfte dem einen oder anderen Collegen nicht mehr so gegenwärtig oder genau genug erinnerlich sein, dass er darüber Bericht zu erstatten in der Lage gewesen wäre; manches ist vielleicht auch Dem oder Jenem über der Fülle des seitdem in der Praxis erlebten ganz aus dem Gedächtniss geschwunden und so für die Statistik verloren gegangen. Endlich aber ist es gewiss eine sehr richtige Bemerkung, welche College Waldner in seinem Antwortschreiben mir macht, wenn er die Ueberzeugung ausspricht, «dass es z. B. unter den vor beendigter Geburt gestorbenen Frauen überall viele geben muss, welche den Ehemann vergeblich um ärztliche Hülfe überhaupt gebeten haben»; Dr. Waldner glaubt dies «aus Gerüchten, die vielfach an ihn gelangt sind», mit Bestimmtheit schliessen zu müssen. Wir alle werden ihm darin aus mehr oder weniger eigener Erfahrung gewiss nur beistimmen können. Diese Fälle lassen sich, da sie garnicht oder meist nur gerüchtweise zu unserer Kenntniss gelangen, natürlich nicht zählen, sind aber wesentlich durchaus den oben angeführten gleichwerthig[2]. — Dadurch muss aber unser Wunsch und Interesse, wenn irgend möglich eine Wandelung zum Besseren zu schaffen, dafür zu sorgen, dass die doch gewiss berechtigten Forderungen und Bitten der Frau um ärztliche Hülfe nicht mehr ungehört verklingen, ihr Recht in dieser Beziehung fernerhin nicht mehr vom Mann nach Belieben mit Füssen getreten werde, nur gesteigert werden.

Dass das in dieser Beziehung wünschenswerthe zu erreichen schwierig ist — vielleicht ausserordentlich schwierig— haben wir uns vor 5 Jahren schon ausgesprochen; daher der damalige Beschluss, eventuell an die Staatsgewalt zu gehen mit der Bitte um Verordnungen, durch welche diesem Unwesen abgeholfen und zugleich der Arzt aus der unwürdigen Lage, mit seinem Handeln oder Unterlassen von der Willkür und Laune eines ungebildeten oder gar böswilligen Ehegatten abhängig zu sein, befreit,

[2]) Eine Sammlung derartiger Fälle wäre, aus naheliegenden Gründen, am ehesten zu ermöglichen durch Vermittelung der Pastoren auf dem Lande — (ein Weg, der seiner Zeit von Hegar schon für die Gewinnung einer zuverlässigen Wochenbettsmortalität—resp. Puerperalfieber Statistik als der sicherste bezeichnet worden ist — s. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. IV Congress 1891 p. 52 ff.)

ihm die freie Action nach Wissenschaft und Gewissen gesichert wird.

Ehe wir aber zu einer diesbezüglichen Petition schreiten, dürfte es, wie mir scheint, zweckmässig sein, dass wir vorher darüber uns orientiren, wie zu der vorliegenden Frage die zur Zeit bestehenden Gesetze sich stellen und verhalten resp. ob und in wie weit vielleicht durch sie oder wenigstens durch die in ihnen enthaltenen allgemeinen Rechtsprincipien unsere Wünsche in positiver Weise basirt und gestützt werden können?

Dabei werden wir zunächst zu erörtern haben die Frage: Was verleiht denn eigentlich zur Zeit dem Ehemann das Recht, den Arzt zu hindern in den betreffenden Fällen wie erforderlich vorzugehen? Das ist

1) Das sog. «Hausrecht». — Das Hausrecht ist das Recht, in den der Verfügung unterstehenden Räumen ausschliesslich seinen Willen geltend zu machen. Dies involvirt das Recht[3]), jeder anderen in diesen Räumen etwa befindlichen Person event. sogar — und auch dieses wird durch eine Senatsentscheidung gerechtfertigt — unter Anwendung von Gewalt[4]) die Thüre zu weisen resp. wohl auch überhaupt den Eintritt in seine Wohnung zu verbieten; so auch, sofern dieses Hausrecht schrankenlos ausgedehnt wird, dem Arzt. Dadurch kann also der Hausherr diesen und die ärztliche Hülfeleistung überhaupt fern halten resp. dieselbe durch Hinausweisen des Arztes in jedem ihm beliebigen Augenblick hindern oder unterbrechen.

M. H.! Von verschiedenen Juristen (praktischen sowol als theoretischen), die ich darum befragt habe, als auch von der Polizei, die wir in einem concreten Fall um Hülfe gegen den renitenten Ehemann anriefen, ist diese Ausdehnung des Hausrechts als zu Recht bestehend anerkannt und im bezüglichen Fall ein polizeilicher Beistand uns auch nicht zu Theil geworden[5]).

Unterstützt wird der Ehemann in dieser seiner Position noch durch ein gesetzlich allerdings nirgends begründetes, in der öffentlichen Meinung aber wie es scheint tief eingewurzeltes

2) Gewohnheitsrecht, durch die öffentliche Meinung, welche sich die kranke Frau in derselben Abhängigkeit von dem Willen und der Entscheidung des Mannes denkt, wie ein schwer — etwa Croup- oder Diphtheriekrankes Kind von derjenigen der Eltern; ja sogar auch von Collegen ist hier auf dem Aerztetag vor 5 Jahren in der Discussion diese Parallele gezogen worden.

Ich habe damals gegen diese Parallele protestirt und ich thue es heute abermals — und zwar noch viel entschiedener, weil auf Grund nicht nur meiner damals schon ausgesprochenen Ueberzeugung, «dass eine erwachsene, mit vollem klarem Bewusstsein die Ausführung einer ihr vom Arzt vorgeschlagenen Operation ausdrücklich fordernde Frau bezüglich der Gestattung derselben unmöglich in derselben Abhängigkeit von ihrem Mann zu denken ist, wie ein schwer krankes Kind von seinem Vater»[6]) — sondern auch auf Grund der späteren weiteren Ueberlegung, dass diese aufgestellte Parallele mit kranken Kindern auch insofern keine Stütze für jene Meinung bietet, als ein solches vermeintliches absolutes Abhängigkeitsverhältniss der Kinder von den Eltern gleichfalls nur eine irrthümliche Annahme sein, der Vater das absolute Entscheidungsrecht über das Schicksal seines Kindes, in Specie über Operiren oder Nichtoperiren lassen, über Rettung und Erhaltung seines Lebens oder willkürliches gar nicht nothwendiges, durch ärztliche Hülfe vermeidbares zu Grunde gehen lassen desselben, rechtlich gar nicht haben kann. Das liefe ja schnurstracks gegen den Geist und die Intentionen jeder Gesetzgebung — und ist also einfach eine innere Unmöglichkeit! — Derjenige Vater, der die Ausführung einer vom Arzt als lebensrettend hingestellten Operation an seinem ohne diese dem Tode verfallenen Kinde verhindert, handelt ja doch ebenso verbrecherisch, wie der Mensch, welcher das Seil, an dem ein Ertrinkender sich herauszuarbeiten sucht, durchschneidet, — oder wie der, welcher einen Anderen am Herausziehen eines Ertrinkenden verhindert. — Ich weiss sehr wohl, dass man den Vater damit entschuldigt, dass der schwere psychische Affect, das schwere Mitleiden mit den Qualen des Kindes, die Furcht dasselbe zu verlieren etc. seinen Intellect trübt, das Grauen vor dem operativen Eingriff ihm die Herrschaft über sich, die Möglichkeit einer richtigen Würdigung der Verhältnisse, des Für und Wider, unmöglich macht, ihn in einen gewissen Zustand der Unzurechnungsfähigkeit versetzt, der bei seinem daraus resultirenden Handeln den Begriff der Schuld «eliminire». — Dagegen kann ich nur wieder das sagen, was ich früher schon bezüglich der Ehemänner geltend gemacht habe: dass da, wo die Zurechnungsfähigkeit aufgehört hat, auch das Dispositionsrecht nicht weiter bestehen sollte. Der wirklich urtheilsfähige ist — um so mehr mit Ausschluss der Eltern, je schwerer und trauriger der Fall für sie ist — ausschliesslich der Arzt; ihm, an den man sich von vornherein mit Vertrauen gewandt hat, müsste daher auch gesetzlich mehr Einfluss und Entscheidungsrecht auf den weiteren Gang der Dinge zugewiesen werden. Durch das Gegentheil, das bisherige Gewohnheitsrecht, wird dem Erzeuger eine Licenz über Zugrundegehenlassen — um nicht zu sagen Vernichtung — von Menschenleben eingeräumt[7])

---

[3]) Das Strafgesetzbuch für Friedensrichter 1894 bestimmt in den Erläuterungen zu dem vom Gebrauch von Selbsthilfe und Gewalt handelnden § 142 in Punkt 115 und 117 (pag. 283) ausdrücklich: 115. Выводъ изъ помѣщенія хозяиномъ его такого лица, которое несмотря на словесное приглашеніе добровольно удалиться, не хотѣло этого сдѣлать, подходитъ подъ понятіе необходимой обороны, а вовсе не подходитъ подъ ст. 142 уст. о наказ. (Translat.: Wenn der Hausherr aus seiner Wohnung eine Person entfernt, welche trotz der mündlichen Aufforderung, sie gutwillig zu verlassen, es nicht thun wollte, so unterordnet sich diese Entfernung dem Begriff der Nothwehr, und gehört durchaus nicht unter den § 142 des Strafgesetzbuches).

[4]) Erläuterung 117: Одно удаленіе кого-либо изъ своей квартиры, хотя бы при этомъ и было употреблено нѣкотораго рода физическое насиліе, не можетъ еще считаться насиліемъ или самоуправствомъ въ юридическомъ смыслѣ, такъ какъ ни отъ какого хозяина квартиры нельзя требовать, чтобы онъ терпѣлъ у себя въ квартирѣ всякого пришедшаго къ нему, и законъ не обязываетъ для удаленія лицъ, присутствующихъ въ его жилищѣ, во преки ясно выраженному имъ какъ хозяиномъ, желанію, обращаться къ содѣйствію полицейскихъ или иныхъ законныхъ властей. (Translat: Das blosse Entfernen (Hinauswerfen) Jemandes aus der Wohnung, wenn dabei auch «eine Art physischer Gewalt» angewendet worden ist, kann nicht als Gewaltthätigkeit oder als Selbsthülfe im juridischen Sinne angesehen werden, da man von keinem Hausherrn verlangen kann, dass er bei sich in seiner Wohnung einen jeden, der zu ihm kommt, dulde, und das Gesetz verpflichtet nicht, zum Entfernen der Personen welche gegen den deutlich von ihm, als dem Hausherrn, ausgesprochenen Wunsch in seiner Wohnung anwesend sind, an die Polizei od. an eine andere gesetzliche Gewalt sich zu wenden).

Also auch selbst Anwendung von Gewalt involvirt nach dieser Erläuterung zum § 142 nicht das in diesem vorgesehene Delict und ist in folgedessen in diesem Fall auch nicht straffällig.

[5]) Die betreff. Frau, die sonst wohl hätte gerettet werden können, ist darüber zu Grunde gegangen — s. Ueber des Ehemanns Veto gegen dringend indicirte Operationen an seiner Frau. Petersb. Medic. Wochenschrift 1890 p. 401.

[6]) Dieser Anschauung ist damals auch von Anderen beigestimmt worden — s. Protokolle des 2. livl. Aerztetages in Wenden 1890 p. 27—28.

[7]) Welche Früchte dies treibt, mit welchem haarsträubenden Egoismus und Kaltblütigkeit dies unter Umständen ausgenutzt wird, zeigt unter A. ein mir v. H. Dr. Zoege von Manteuffel mitgetheilter Fall: Der Vater eines 10jährigen Knaben weigert sich, diesem ein Empyema pleurae operiren zu lassen, weil er nach Saratow auswandern wolle und der

wie sie vollkommen beispiellos in allen übrigen Rechtsbeziehungen ist, ja direct im Widerspruch steht mit der Stellungnahme der Gesetze bezüglich Schützung des kindlichen Lebens unter anderen Verhältnissen: schützen die Gesetze unter Androhung so schwerer Strafen das Leben des ungeborenen Kindes, der Frucht im Mutterleibe[8]) warum nicht auch dasjenige des geborenen Kranken, wo es durch ärztliche Wissenschaft und Kunst erhalten werden kann! — eines Lebens, welches — schon weil ein selbständiges — gegenüber dem vom mütterlichen Organismus noch nicht abgelösten, doch gewiss als ein höher gewerthetes angesehen werden muss um so mehr je weiter es von den — bekanntlich einen so enorm hohen Procentsatz der Kinder dahin raffenden — ersten Lebenstagen, Wochen und Jahren nach der Geburt sich entfernt und damit immer grössere Garantieen für einen gedeihlichen Weiterbestand gewonnen hatte; und dieses sollte der Arzt nicht retten dürfen, bloss weil die Eltern den unangenehmen Eindruck, den eine in Aussicht gestellte Operation an ihrem Kinde ihnen momentan macht, zu überwinden im Augenblick psychisch zu schwach sind!?

Und weiter: wenn das Gesetz den ohne streng wissenschaftliche Indicationen herbeigeführten Abort in den ersten Monaten schon, also die Vernichtung des in den allerersten Anfängen der Entwickelung begriffenen Keimes — durch welche Vernichtung doch manchmal so unsäglich viel Elend und Unglück beseitigt werden könnte — als schweres Verbrechen ansieht, als criminell bezeichnet, warum ist dann der Vater, der inter partum die Lebensrettung und Erhaltung der zur vollen Reife entwickelten Frucht durch Verhinderung eines dafür erforderlichen, oft ja so erstaunlich leichten, und für Mutter und Kind ganz «indifferenten» Eingriffes hindert, straflos? — Warum wäre diese — dem Abort gegenüber obendrein noch vollkommen zwecklose — Art der Opferung von Kindesleben nicht criminell? — Finden Sie, m. H.! mit mir nicht auch hierin eine Inconsequenz die bei einer Gesetzgebung in unserem Zeitalter einfach unbegreiflich erscheint?

Ich habe, m. H.! diese Abschweifung von unserem eigentlichen Thema auf das Abhängigkeitsverhältniss der Kinder von den Eltern machen zu müssen geglaubt, um zu zeigen, dass in diesem Verhältniss eine Stütze für das in Rede stehende Veto des Ehemannes gegenüber seiner Frau nicht gegeben ist, damit wir durch jene irrthümliche Aufstellung in der Beurtheilung der letzteren Frage förderhin nicht mehr gestört werden. Ausserdem bildet sie, wie mir scheint, eine unmittelbar an unsere zunächst in's Auge gefasste Aufgabe sich anschliessende Erweiterung derselben, deren Lösung uns ebenso sehr interessiren und ebenso sehr als ärztliche Pflicht angesehen werden muss, wie die derjenigen, von welcher wir ursprünglich bei unserer Besprechung ausgegangen sind.

Nachdem, wie bereits erwähnt, frühere Bemühungen durch Besprechung mit verschiedenen Fachleuten (Juristen) über die Ihnen heute abermals vorgelegten misslichen Verhältnisse insofern zu keinem befriedigenden Resultat geführt hatten, als von ihnen allen das Hausrecht unbeschränkt — auch mit der Ausdehnung auf das Vorgehen gegen den Arzt, — zu Recht bestehend anerkannt wurde, habe ich schliesslich noch an eine gerade auf dem Gebiet des russischen Rechts allgemein als maassgebend anerkannte Autorität, den Lehrer desselben an unserer Hochschule, Herrn Professor Engelmann, mich gewandt. Prof. Engelmann hat das von uns zusammengebrachte Material mit lebhaftem Interesse entgegengenommen und dann die Stellung des russischen Rechts zu der uns interessirenden Frage in möglichst kurz zusammengefasster Darstellung schriftlich deponirt. Es dürfte kaum gelingen, das bezügliche präciser und knapper Ihnen zu bieten, als in der von diesem auf seinem Gebiet so hervorragenden Rechtsgelehrten gegebenen Fassung und mache ich daher gern von seiner freundlichen Erlaubniss Gebrauch, dies Ihnen mit seinen eigenen Worten vortragen zu dürfen:

«Die Anschauung, dass zu einem operativen Eingriff bei einem Kinde die Einwilligung der Eltern, bei einer Ehefrau die des Ehemannes erforderlich sei, beruht auf einem wirklichen Gewohnheitsrecht, auf der Ueberzeugung, dass ein solches Recht bestehe. Im ersten Falle wird es aus der elterlichen, im zweiten aus der hausherrlichen Gewalt abgeleitet. Allein wie jedes Recht, so hat auch dieses Recht seine Schranken. Weder die elterliche noch die hausherrliche Gewalt geben dem Berechtigten die Befugniss, willkürlich oder zum Schaden des der Gewalt unterstellten über Vermögen, Freiheit, Gesundheit oder Leben desselben zu verfügen. In allen diesen Fällen sieht das Gesetz eine Möglichkeit der Beschränkung der elterlichen und hausherrlichen Gewalt im Falle des Missbrauchs vor. Speciell stehen Leben und Gesundheit der Kinder und Ehefrauen unter dem Schutze des Strafgesetzes, das Gesundheitsbeschädigung und Herbeiführung des Todes mit schweren Strafen bedroht (Strafgesetzbuch 1455). Für Eltern und Gatten, die solcher Verbrechen schuldig sind, wird die Strafe geschärft. (Strafgesetzbuch 1451).

Das Recht der Eltern und Ehegatten, über die Vornahme der Operation zu entscheiden, ist unzweifelhaft überall da, wo die Operation eine Frage der Opportunität ist; aber auch hier steht die Ehefrau anders, da sie volljährig und dem Ehemann gleichberechtigt ist. — Wo aber die Operation unbedingt indicirt ist und Gesundheit und Leben in Frage steht, da wird dieselbe zu einer Berufspflicht des Arztes, der durch seinen Eid verpflichtet ist: alles zur Erhaltung der Gesundheit oder des Lebens nothwendige vorzunehmen und sich durch keine Nebenrücksichten an der Ausübung seiner Berufs-

---

Reconvalescent ihn an diesem Unternehmen hindern würde; da wolle er den Sohn schon lieber sterben lassen. Auch die punctio pleurae wird verweigert. — Der Sohn war nach 2 Tagen todt.

[8]) Die Stellungsnahme der Gesetzgebung zum provocirten Abort. kennzeichnet sich von vornherein schon dadurch, dass die darauf bezüglichen Strafbestimmungen mitten in dem von der «Tödtung» handelnden Capitel sich finden; hier heisst es im Gesetzbuch der Criminal- und Correctionsstrafen (nach der russ. Ausgabe v. 1885 nebst den Ergänzungen und Abänderungen bis zum Mai 1887, übers. v. G. v. Glasenapp) § 1461: «Wer, ohne Wissen und Willen eines schwangeren Frauenzimmers, vorsätzlich durch irgend welche Mittel die Leibesfrucht desselben abtreibt, unterliegt dafür: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 4 bis zu 6 Jahren. Wenn dem schwangeren Frauenzimmer in Folge dieses Verbrechens, neben Abtreibung der Leibesfrucht, irgend ein bedeutender Schaden an der Gesundheit erwächst, so wird der Schuldige, nachdem ihm alle Standesrechte entzogen worden, zur Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 6—8 Jahren verurtheilt.

Falls aber dadurch auch der Tod des schwangeren Frauenzimmers herbeigeführt wurde, so unterliegt der Schuldige: nach Entziehung aller Standesrechte, der Verweisung zu schwerer Zwangsarbeit auf eine Zeit von 8 bis zu 10 Jahren.

§ 1462: «Wer mit Wissen und Willen eines schwangeren Frauenzimmers selbst, vorsätzlich irgend ein Mittel anwendet, um dessen Leibesfrucht abzutreiben, unterliegt: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung nach den entfernteren Gegenden Sibiriens zur Ansiedelung».

«Ein schwangeres Frauenzimmer, welches selbst, aus eigenem Antriebe oder nach Uebereinkunft mit einem Anderen, irgend ein Mittel anwendet, um sich seine Leibesfrucht abzutreiben, unterliegt: der Entziehung aller Standesrechte und der Verweisung nach Sibirien zur Ansiedelung».

§ 1463: «Die in den vorhergehenden §§ 1461/2 angegebenen Strafen werden um einen Grad verschärft, wenn ein Arzt, ein Accoucheur, eine Hebamme oder ein Apotheker überwiesen werden, den Abort herbei geführt zu haben.»

pflicht hindern zu lassen. Ebenso wenig wie der Beamte einen ungesetzlichen Befehl seines Vorgesetzten ausführen darf, ebensowenig darf der Arzt sich fügen, wo Eltern oder Ehemänner ihr Recht aus Unverstand oder zur Begehung eines Verbrechens missbrauchen. Weicht der Arzt vor einem Hinderniss, das er durch eigene Kraft überwinden konnte, zurück, so macht er sich mangelhafter Pflichterfüllung schuldig und zeigt, dass er der Aufgabe, die sein Beruf ihm stellt, nicht gewachsen war.

«Wird der Arzt gewaltsam an der Ausführung einer unbedingt zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit nothwendigen Operation gehindert, so macht der, der die Gewalt ausübte, sich einer verbrecherischen Handlung schuldig, so weit seine Hinderung im Causalzusammenhang mit dem eingetretenen Siechthum oder Tode steht. Dummheit, Vorurtheil, Nervosität sind keine Entschuldigungsgründe und können höchstens bei Ausmessung der Strafe berücksichtigt werden; elterliche und hausherrliche Gewalt geben kein Recht zur Begehung eines Verbrechens. Da haben sie ihre Grenze; wird diese überschritten, so wird auch die Handlung der Eltern oder des Mannes ein Verbrechen, ist nicht mehr Ausübung eines Rechts, sondern Ausübung eines Unrechts, das mit Strafe bedroht ist, d. h. eines Verbrechens.

«Jeder, der im Stande ist, die Begehung eines Verbrechens zu hindern — hier die Herbeiführung der Gesundheitsschädigung oder des Todes durch Verhinderung der Operation — ist dazu verpflichtet; bei dem Arzte kommt noch seine Berufspflicht hinzu. Jeder muss dieser Pflicht nach seinem Vermögen nachkommen, widrigenfalls er selbst für Nichtverhinderung eines Verbrechens verantwortlich wird — natürlich nach Vermögen — ultra posse nemo obligatur.

«Ist ein Verbrechen begangen worden — hier: ist in Folge der Verhinderung der Operation die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod eingetreten — so ist der Arzt verpflichtet, dem Untersuchungsrichter oder der Prokuratur darüber Anzeige zu machen. Da wir es aber mit einer wenn auch unberechtigten, so doch tief eingewurzelten Auffassung über ein unbeschränktes Recht der Eltern und Ehemänner, Operationen zu verbieten, zu thun haben, so würde es sich empfehlen, dass der Aerztetag sich an die Gouvernementsobrigkeit wende, damit eine Anweisung an die Prokureure exportirt werde, dass solchen Anzeigen Folge gegeben werde».

Sie, m. H.! haben darüber zu entscheiden, ob unser Aerztetag diesem Rath nachkommen wird oder nicht. Ich denke: Ja. Nicht das Gesetz steht — wie aus obiger Auseinandersetzung klar ist — uns entgegen, sondern ein Gewohnheitsrecht; Sie wissen aber, wie schwer so tief im Volk eingewurzelte Gewohnheitsrechte auszurotten und zum Schwinden zu bringen sind, wie noch viel weniger auf ein Erlöschen derselben zu rechnen ist, wenn nicht energisch und mit der eventuellen Unterstützung einer höheren Autorität, der Staatsgewalt, gegen sie vorgegangen wird; ich glaube daher auch, dass alle unsere privaten Bemühungen nach dieser Richtung hin viel weniger wirksam sein werden ohne als mit Hülfe eines solchen Rückhalts.

Wenn die Fassung des zu erbittenden Erlasses in der vorhin proponirten Form beliebt wird, so würde Einschreiten der Staatsgewalt niemals anders als auf ausdrückliche Forderung resp. Anzeige des Arztes einzutreten haben, und wäre es also in jedem einzelnen Fall immer seinem Ermessen anheimgestellt, davon Gebrauch zu machen oder nicht; für den Nothfall aber würde dadurch der Arzt in eine weit günstigere Position gesetzt als er sie bisher hatte; und dies scheint um so mehr nothwendig, als die von Prof. Engelmann gegebene Auslegung und Anwendung des Gesetzes, wie bereits erwähnt, durchaus noch nicht Allgemeingut der Juristen und Rechtspfleger geworden zu sein scheint, von vielen vielmehr auch heute noch eine unbegrenzte Anwendung des Hausrechts auch dem Arzt und seinen Hülfeleistungen gegenüber für berechtigt gehalten wird; — und wenn auch nur einige mal erst auf ärztliche Anzeige hin das Eingreifen der Staatsgewalt gegen renitente Eltern und Ehemänner zur Bestrafung derselben geführt hätte, so würde die günstige Rückwirkung davon auf Verminderung so trauriger Vorkommnisse, wie der Eingangs mitgetheilten, gewiss nicht ausbleiben.

P. S. Da es im Interesse der Weiterführung voranstehend angeregter Angelegenheit sehr wünschenswerth ist, noch weiteres einschlägiges Material zu erhalten, so richte ich an alle Leser Dieses die dringende Bitte, so weit sie solches — gleichviel ob aus neuerer oder älterer Zeit — zu liefern in der Lage sind, mir dasselbe freundlichst zugehen lassen zu wollen, damit es auf diese Weise gesammelt werden und zur Verwerthung gelangen kann; — und zwar bitte ich jetzt nicht nur Fälle von

1) Verhinderung ärztlicher Hülfeleistungen von Seiten eines Ehemanns, sondern auch

2) Verhinderung ärztlicher Hülfeleistungen von Eltern in Bezug auf ihre Kinder

sowie

3) von Durchführung ärztlicher Hülfeleistung trotz allen Widerspruchs der Angehörigen mir mittheilen zu wollen, und bei letzterem zugleich anzugeben, ob darnach irgend welche Klagen anhängig gemacht worden resp. Einmischung irgend welcher Behörden erfolgt ist und wie diese sich dazu gestellt haben. — Fälle dieser 3. Art — mit für uns befriedigendem Ausgang fangen bereits an mir mitgetheilt zu werden.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen

— Von der bekannten Niederlage von Gummiwaaren und Verbandstoffen, Artikeln zur Krankenpflege etc. von Constantin Malm, hierselbst, ist uns ein Phonendoscop zur Prüfung zugegangen. Dasselbe stellt ein biaurales Stethoscop mit der wichtigen Verbesserung vor, dass durch besondere Construction der auf den Körper des Kranken aufzusetzenden Platte, alle Töne und Geräusche in bedeutend verstärktem Grade und in ihren feinsten Nüancen zu hören sind. Besonders frappant ist uns die Deutlichkeit von Gefässgeräuschen auch an kleinen Gefässen gewesen. Am Herzen ermöglicht das Phonendoscop, abgesehen von der feinen Nüancirung, eine hervorragend scharfe Localisation aller Geräusche. — Für die Auscultation der Lungen ist die Bedeutung des Instrumentes wohl eine geringere; die Lungengeräusche sind so laut, dass sie sich schwer differenziren lassen, doch mag eine grössere Uebung auch hier die unstreitigen grossen Vorzüge des Instruments zur Geltung kommen lassen.

Jedenfalls ist die Anschaffung des Phonendoscops allen Aerzten warm zu empfehlen; die feinere physikalische Diagnostik wird durch dasselbe wesentlich gefördert werden.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1254. Sitzung am 15. Januar 1896.

1. Herr Kernig demonstrirt den Darm der Patientin, deren Krankengeschichte (Darminvagination, Laparotomie) von ihm in der Sitzung des Vereins am 20. November 1895 mitgetheilt worden war. Wie schon erwähnt, war Pat. bald nach der Operation an Beckenperitonitis gestorben. Bei der Obduction zeigte der Darm in exquisiter Weise das Bild einer Polyposis intestinalis. Von dem Magen bis zum Rectum war die Mucosa des Darmes bedeckt mit zahlreichen grösseren und kleinen, theils der Schleimhaut breitbasig aufsitzenden, theils an einem Stiel herabhängenden Polypen. Einzelne derselben zeigen einen Uebergang zum Carcinom (Mikroskopisch: Adenocarcinom. Dr. N. W. Petrow). An solchen Stellen lässt auch die Darmserosa eine bindegewebige Verdickung erkennen.

Des weiteren demonstrirt Herr Kernig eine Leber einer Frau, an welcher es durch eine Perihepatitis syphilitica zu einer fast vollständigen Abschnürung einzelner Theile des Leberparenchyms gekommen ist. Das Interessante hierbei ist das, dass zu Lebzeiten der Pat. ein abgeschnürter an der Leber verschiebbarer Lebertheil für einen Nierentumor angesehen worden war.

2. Herr Masing spricht: «Ueber die klimatische Behandlung Lungenkranker in Finnland».

(Der Vortrag wird in extenso in der St. Peterburger Wochschrift veröffentlicht werden).

Discussion.

Herr Lingen hat auch eine Besserung Lungenkranker infolge eines Aufenthaltes in Finnland gesehen, glaubt jedoch nicht, dass es sich hierbei um Dauererfolge gehandelt habe.

Herr Kernig hat desgl. eine Besserung Phthisischer in Finnland erzielt. Jedoch scheint das Gleiche auch anderweitig in der Umgegend Petersburgs erreicht werden zu können, da bei einigen seiner Kranken auch in Gatschina und Sala an der Baltischen Bahn Entfieberung und Zunahme des Körpergewichts erreicht werden konnte. Dasselbe lässt sich in noch höherem Masse auch von Poguljanka berichten.

Bezüglich dieses Kurortes weist Herr Hirsch auf die kräftigende Luft desselben hin, sowie auf die Lage des Curortes innerhalb eines an Nadelholz reichen Terrains, welches neben einem trockenen sandigen moorbedeckten Boden sich durch eine völlige Staubfreiheit auszeichnet.

Herr Moritz glaubt auch von einem Sommeraufenthalte in Finnland für Phthisiker Nutzen erwarten zu dürfen, hingegen erscheint ihm ein Winteraufenthalt daselbst von zweifelhaftem Werthe.

Herr Assmuth will es betont wissen, dass das Klima Finnlands sehr verschieden beurtheilt werden muss; es verhält sich der Westen des Landes ganz anders als der Osten. An der Westküste Finnlands in specie in Abo komme Lungenschwindsucht keineswegs selten vor, nehme jedoch nach Osten hin, selbst in Hangö macht sich schon solches bemerkbar, ganz wesentlich an Ausbreitung ab

Herr Masing recapitulirt kurz das im Vortrage Erwähnte, er bezweifelt durchaus nicht, dass auch anderwärts in der Nähe St. Petersburgs günstige Resultate in der Therapie der Phthise erreichbar wären. Er will es nur betonen, dass Finnland, speciell Ostfinnland, das Wiborger Gouvernement in dieser Beziehung hinter anderen Orten gewiss nicht zurück stehe, vielleicht sogar vorgezogen werden muss. Schliesslich habe Finnland noch den Umstand für sich, dass sich daselbst günstige Resultate mittelst geringeren Kostenaufwandes erzielen lassen, wodurch es sich besonders für die weniger bemittelten Gesellschaftsclassen eignet.

Stellvertretender Director: Dr. Magawly.
Secretair: Dr. Westphalen.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

Sitzung den 6. September 1895.

1) Dr. Treymann demonstrirt 2 durch Laparotomie gewonnene Uterusmyome. Der einen Pat. geht es gut, die andere ging 12 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen des Ileus zu Grunde. Bei der Section fand sich eine stark geblähte Dünndarmschlinge, die durch Abknickung verschlossen war.

Dr. v. Bergmann fragt an, warum nicht aufs Neue operirt worden sei. Er tritt dafür ein, auch in den verzweifeltesten Fällen das Abdomen zu eröffnen, da dieses der einzige Weg sei, der zur Rettung des Kranken führe. Er referirt einen Fall, wo er am 2. Tage nach einer Laparotomie wegen Ileus den Leib abermals öffnete, da die Occlusionserscheinungen persistirten. Hierbei wurden einige peritonitische Stränge gelöst, die die Ursache der Kothverhaltung waren.

Dr. Treymann giebt die Richtigkeit des eben Gesagten principiell voll und ganz zu; im vorliegenden Falle jedoch erschien ihm die übergrosse Schwäche der Kranken eine Contraindication für die Operation zu bilden. Seine Erfahrungen hätten ihn ausserdem gelehrt, dass anfangs bestehende Occlusionserscheinungen später spontan schwinden können.

2) Dr. v. Knorre demonstrirt eine, von ihm durch Operation gewonnene Dermoidcyste des Ovariums.

3) Dr. Paul Klemm referirt über eine, von ihm ausgeführte Uterusexstirpation per viam sacralem. Es handelte sich um ein Corpuscarcinom, wo die vaginale Operation wegen hochgradiger seniler Enge der Scheide nicht möglich war.

Dr. Treymann constatirt, dass in vorliegendem Falle das Resultat ein sehr gutes war; er selbst ist stets mit der vaginalen Operation ausgekommen, er würde jedoch in Fällen hochgradiger Enge der Scheide die sacrale Methode proponiren.

Dr. v. Knorre: Eine Verdrängung der vaginalen Exstirpation durch die sacrale kann nicht zugegeben werden; letztere ist immer der grössere und schwerere Eingriff. Es ist nicht gleichgültig ob die Kranken nach 14 Tagen mit complet geheilter Wunde aufstehen oder sich noch längere Zeit hindurch mit einer grösseren secernirenden Wunde quälen müssen. Eine grössere Leistungsfähigkeit der sacralen Methode, die von Dr. Klemm hervorgehoben wurde, existirt nicht. Liegt nicht die Möglichkeit vor, die Operation per vaginam zu vollenden, sodass im Gesunden operirt wurde, so ist auch meist die sacrale Methode aussichtslos. Solche Fälle sind eben inoperabel. Die sacrale Operation bleibt die Methode der Wahl bei grossen Corpuscarcinomen bei enger Scheide oder Krebs der portio, wo diese schwer beweglich ist.

Dr. v. Bergmann wendet sich gleichfalls gegen eine zu weitgehende Verallgemeinerung der sacralen Operation und hält dafür, dass man in der Regel mit der Exstirpation per vaginam auskäme.

Dr. Paul Klemm: die vaginale Methode soll garnicht verworfen werden: es ist aber andrerseits sicher, dass die Exstirpation per vias sacrales Vorzüge vor jener besitzt. Zu diesen gehört in erster Linie die gute Uebersichtlichkeit des Operationsterrains; der Operateur ist in der Lage krebsig veränderte Gewebspartien darin erkennen und entfernen zu können. Die Wunde ist allerdings grösser, doch trotzdem sind die Kranken meist in der Lage am 14.—20. Tage das Bett verlassen zu können und herumzugehen. — Es muss im Auge behalten werden, dass bei jeder Krebsoperation das oberste Gesetz sein muss, die Neubildung so ausgiebig wie möglich auszurotten, in der Ausbildung der technischen Seite der Carcinomoperationen liegt für's Erste der Fortschritt in der Behandlung dieser Erkrankungen begründet: die Grössenverhältnisse der Wunde kommen erst in zweiter Linie in Betracht.

Dr. v. Stryck sieht in der Länge des Krankenlagers einen Nachtheil der Operation.

Dr. Paul Klemm,
d. Z. Secretär.

Sitzung den 4. October 1895.

1) Dr. Treymann: E. M. 28 a. n. III para, hat 2 todte Kinder zur Welt gebracht. Beide Male wurde die Wendung gemacht. Die Conj. diag. = 9,5 Ctm., die Conj. vera = 8 Ctm. Die Messung am 15. Juni, gleich nach Aufnahme der Pat. in die Abtheilung ergab:

Dist. spin. Ilei	23	Ctm.
» crist.	25	»
» tub. Ischii	14	»
» Trochant.	30	»
Conj. diagon.	9,5	»
» vera	8	»

Krampfwehen, spitzer, steinhart anzufühlender Leib. Dringender Wunsch der Ehelente ein lebendes Kind zu erhalten.

Fruchtwasser war vor 8 h. abgeflossen. Temp. normal, der Cervix ist ganz erweitert; er hängt wie ein schlaffer Beutel in die Scheide herab. Das Vorderhaupt ist links in den Beckeneingang getreten. Die kleine Fontanelle steht rechts hoch. Herztöne sind laut in der Mitte unten zu hören. Ein schonender Versuch mit der Breus'schen Zange misslingt. Sofort um 8 h. Abends Symphyseotomie: die schlanke, nicht sehr hohe Symphyse lässt sich leicht durchtrennen. Das Lig. arcuatum wird nicht durchschnitten. Fast keine Blutung. Die Symphyse klafft auf $2^1/_2$—3 Ctm.; mit der sofort angelegten Breus'schen Zange wird ein lebendes Kind extrahirt. Keine Knochennaht; Seitenlage der Frau. Glatter Verlauf, Pat. wird schon am 14. Tage aus der Klinik entlassen. Das Gewicht des Kindes betrug 9 ℔.

Maasse desselben:

Körperlänge	50 Ctm.
Kopfumfang	$36^1/_2$ »
Bitemp. Durchmesser	8 »
Bipariet. »	9 »
Fronto-occipit. Durchmesser	12 »
Mento-occipit. »	13 »

Vorzügliche Assistenz leisteten die Herren Dr. Buchholz und Dr. Vierhuff.

Dr. Treymann demonstrirt ferner eine nach Symphyseotomie knöchern geheilte Schamfuge.

2) Dr. Busch demonstrirt einen von ihm exstirpirten carcinomatösen Uterus: er spricht die Vermuthung aus, dass die Neubildung wahrscheinlich von zurückgebliebenen Placentarresten ausgegangen sei.

3) Dr. P. Bergengrün referirt über einen Fall von Diaphragmabildung im Kehlkopf. Die 43 a. alte Patientin besass ein Diaphragma im larynx, welches ohne jede bemerkenswerthe Ursache entstanden war und mit Ausnahme eines Stecknadelkopfgrossen Loches den Unterkehlkopfraum vollständig vom oberen Abschnitt des larynx abschloss. Die Athmung war in lezter Zeit stark behindert worden. Das heftige Stenosenathmen dauerte schon 15 Jahre. Durch endolaryngeale Spaltung der Membran und nachfolgende Sondirung wurde die sehr heruntergekommene Frau vollständig geheilt, worauf sie sich sehr schnell erholte.

Interessant sind dabei folgende Umstände: 1) Pat. hatte trotz starken Stenosenathmens eine freie Stimme; 2) der rasche Heilerfolg; Es wurde überhaupt nur 3 Mal tubirt und zwar das erste Mal mit den Schrötter'schen Hartgummituben Nr. 1, 3 und 5, von denen jede nur 2 Min. liegen blieb; nach 4 Tagen Nr. 3, 5 und 7 à 3 Min. und dann Nr. 5 und 7 à 10 Min. Die Tubage wurde gut vertragen. Eine Woche nach der letzten Tubirung war die Membran bis auf einen kleinen Theil atrophirt. Nach 6 Wochen war unter der vorderen Stimmbandcommissur nur noch ein minimaler Rest zu entdecken.

Aetiologisch konnten Lues, Tuberculose, Sclerose und Trauma ausgeschlossen werden. Vortragender spricht die Ansicht aus, dass es sich hier um einen jener Fälle handele, bei denen im späteren Leben eine Schwimmhautbildung ganz spontan zur Entwicklung komme, hier vielleicht auf der Basis einer congenitalen Anlage.

Dr. Miram fragt an, wie sich die Recidive in solchen Fällen verhalten.

Dr. Bergengrün glaubt die Prognose gut stellen zu dürfen.

Dr. v. Bergmann: der Fall ist jedenfalls ein sehr räthselhafter, weil eine Therapie, die bei Kehlkopfstenosen erfahrungsgemäss unzureichend ist, hier zum Ziele führte. Sei es nicht doch möglich, dass die fragliche Membran durch Schleim vorgetäuscht worden sei, da es doch kaum zu verstehen sei, dass die Pat. 15 Jahre durch die Stecknadelkopfgrosse Oeffnung geathmet habe.

Dr. Bergengrün versichert auf das Bestimmteste, dass es sich um eine feste Membran gehandelt hätte.

Dr. Rimscha: fragt an, wie sich Prof. Schrötter zur Therapie solcher Zustände stelle?

Dr. Bergengrün erwidert, dass vor allem Geduld empfohlen werden müsse.

Dr. v. Bergmann hat bei Schrötter einen Fall gesehen, wo die Behandlung eine sehr mühselige und langdauernde war. In einem seiner eigenen Fälle entzog sich der Pat. der qualvollen Behandlung.

Dr. M. Schmidt: Waren die oberen Luftwege nicht mit Borken bedeckt?

Dr. Bergengrün: Nein.

4) Dr. v. Engelhardt verliest seinen angekündigten Vortrag: «Darmkatarrh und Darmneurose.» (Erscheint im Druck.)

Dr. Krannhals: Bei der Diagnose beider Zustände wird viel dem Tact und Gutdünken des Arztes zu überlassen sein, da die rein klinischen Anhaltspunkte gering sind und sicher feststehende Symptome der einen oder der anderen Erkrankung fehlen. Vortr. hat ja allerdings die klinisch verwerthbaren Momente hervorgehoben, jedes einzelne aber für sich ermöglicht die Diagnose nicht. Bei der Untersuchung der Stühle spricht reichlicher Schleimgehalt sowie Epithelzellen mehr für Katarrh. Sind die Dejectionen arm an Schleim und die Zellen nur spärlich vorhanden, so ist eher an Neurose zu denken. Es giebt ja nun auch Uebergangsformen, wo die differentielle Diagnose oft unmöglich ist. Hier ist das ganze psychische Verhalten des Pat. zu berücksichtigen.

K. warnt vor einer zu geschäftigen localen Therapie bei nervösen Zuständen.

Dr. Kulle: vermisst in den Ausführungen des Vortrag. eine chemische Untersuchung der Stühle. Das Ergebniss derselben pflegt nach seinen Erfahrungen ein charakteristisches zu sein. Bei katarrhalischen Zuständen riechen die Dejectio foetid; bei Neurosen fehlt solch ein Geruch. Bei nervösen Kindern, die an Ascariden leiden sind die Ausleerungen schleimig, stinken aber nicht; sobald ein Katarrh hinzutritt, fällt sofort der foetide Geruch auf.

Dr. v. Engelhardt: In den Ausleerungen bei Colica mucosa sind stets viel Bacterien gefunden worden; bis jetzt ist es aber noch nicht gelungen festzustellen in welcher Weise sie umsetzend auf die Dejectionen einwirken. Die schleimigen Massen bestehen aus Mucin; man nahm für den Katarrh an, dass hierbei Fibrin ausgeschieden würde, jedoch war diese Ansicht irrig, auch hier handelt es sich um Mucin. Bei Katarrhen in den unteren Abschnitten des Darmes spielt die foetide Zersetzung eine Rolle, jedoch sind wir über die näheren Vorgänge bei derselben noch im Unklaren. — E. kennt solche Fälle, wo in den Ausleerungen Nervöser viel Epithelzellen gefunden wurden, auch Nothnagel hebt dieses hervor.

Dr. Krannhals meinte nicht jene Fälle, wo es sich um reichliche Absonderungen handelt, dort sei der Befund zahlreicher Epithelien nicht so gravirend, er habe jene im Auge gehabt, wo wenig Schleim producirt werde; im Uebrigen sei eine genaue Abgrenzung des Begriff's Katarrh's sehr schwierig, da die Schwankungen innerhalb der physiologischen Breite ziemlich grosse sind.

Dr. Miram führt an, dass er gelegentlich nach Operationen am Rectum, wo das centrale Ende desselben herausgenäht worden war, den sich hier absondernden zähen Schleim microscopisch untersucht und stets wenig Epithelien gefunden habe.

Dr. Paul Klemm,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Seine Majestät der Kaiser hat geruht, die Würde des Ersten Activen Mitgliedes der russischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes anzunehmen und Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna zu gestatten, die Ehrenmitgliedschaft der genannten Gesellschaft anzunehmen.

— Der frühere Gehülfe des Directors des hiesigen Marienhospitals für Arme, wirkl. Staatsrath Dr. Ssabinski, welcher vor kurzem nach 30jährigem Dienst verabschiedet wurde, ist neuerdings bei Sr. Majestät Eigenen Kanzlei für die Anstalten der Kaiserin Maria wieder in Dienst gestellt.

— Der Wirkl. Staatsrath Dr. Lukowski, Gehülfe des Militär-Medicinal-Inspectors des Omskischen Militärbezirks, ist zum Medicinal-Inspector dieses Bezirks ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich mit Genehmigung der Conferenz derselben als Privatdocenten habilitirt: Dr. N. N. Shukow für Psychiatrie und Nervenkrankheiten und Dr. A. Kamenski für Pharmakologie.

— Verstorben: 1) Am 9. März in Moscau der Oberarzt der Polizei und Prosector der dortigen Universität, Staatsrath Dr. Michael Bjelin, im 53 Lebensjahre am Typhus abdominalis. Der Hingeschiedene widmete sich, nachdem er mehrere Jahre als Dorfschullehrer gewirkt, dem Studium der Medicin an der Moskauer Universität, an welcher er i. J. 1871 den Arztgrad und 1875 die Doctorwürde erlangte. Gleich nach Absolvirung des Universitätscursus wurde B. als Gehülfe des Prosectors beim Lehrstuhl der gerichtlichen Medicin angestellt und erhielt einige Jahre später den Prosectorposten, welchen er bis zu seinem Lebensende beibehielt, obschon er vor 3 Jahren zum Oberarzt der Polizei ernannt wurde. B. ist vielfach literärisch thätig gewesen; unter Anderem hat er mit Otschnewski zusammen das treffliche Lehrbuch der operativen Chirurgie von Linhardt in's Russische übersetzt. 2) In Odessa der dortige freipractisirende Arzt Dr. Heinr. Gawronski, ehemaliger Assistent des Prof. Hübbenet in Kiew, im Alter von 58 Jahren. Nachdem er lange Zeit als Landschaftsarzt in Wolhynien fungirt, liess er sich vor 4 Jahren in Odessa nieder, wo er sich speciell mit chirurgischen und Augenkrankheiten beschäftigte. 3) Am 28. Febr. in Kiew der ältere Arzt des Orenburgschen 3. Kosakenregiments Alex. Mironow im 40. Lebensjahr an Phthisis. Der Verstorbene hat sein Leben lang mit Noth und Armuth zu kämpfen gehabt und daher nichts hinterlassen, so dass er auf Kronskosten beerdigt werden musste. Seine 80jährige Mutter und seine alte Tante, sowie ein von ihm angenommenes Kind sind ohne jegliche Existenzmittel zurückgeblieben. 4) In Genf der Professor der geburtshülflichen und gynäkologischen, Poliklinik an der dortigen Universität, Dr. F. Vulliet.

— Der bisherige ausserordentliche Professor Dr. Otto Schirmer, welcher schon zu Lebzeiten seines Vaters stellvertretend die ophthalmologische Klinik der Greifswalder Universität leitete, ist nach dem Tode seines Vaters zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde, daselbst ernannt worden.

— Die Privatdocenten Dr. D. Nasse, erster Assistent an der chirurgischen Klinik des Prof. v. Bergmann, und Dr. Hildebrandt, erster Assistent von Prof. König, sind beide zu ausserordentlichen Professoren der Chirurgie an der Berliner Universität ernannt worden.

— In Marburg ist der bisherige Privatdocent der Chirurgie, Dr. Arthur Barth zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Die medicinische Gesellschaft in Paris beging am 21. März n. St. das 100jährige Jubiläum ihres Bestehens. An der Feier nahmen auch die Mini-

ster Bourgeois und Hervieu, letzterer in seiner Eigenschaft als Präsident der Pariser medicinischen Academie, theil. Die Gesellschaft hat bei dieser Gelegenheit den Prinzen Alexander von Oldenburg, der sich zur Zeit in Nizza aufhält, in Anbetracht seiner Verdienste um die Wissenschaft durch die Gründung des Instituts für Experimental-Medicin in Russland, zum Ehrenmitgliede ernannt, welchen Titel der Prinz dankend angenommen hat.

— Eine Anzahl Münchener Bürger und Industrieller hat dem berühmten Hygieniker Prof. v. Pettenkofer, Präsident der Münchener Academie der Wissenschaft, ein von ihnen gesammeltes Capital im Betrage von 59,500 Mark zu einer Stiftung auf den Namen Pettenkofer's dargebracht. In dem an P. gerichtete Begleitschreiben heisst es u. A.: «Sämmtliche Geber richten an Sie die Bitte diese Spende zu einer Stiftung als Zeichen der grossen Verehrung und des grossen Dankes, welchen Ihnen die Münchener für Ihr erspriessliches Wirken damit aussprechen wollen, in der Art zu verwenden, dass die Bestimmungen über diese Verfügung von Ihnen oder mit Ihrer Zustimmung festgesetzt werden, und dass diese Stiftung den Namen «Münchener Bürgerstiftung bei der Academie der Wissenschaften zu Ehren des Geheimraths Dr. v. Pettenkofer» tragen möge.

— Auf Verwendung des Directors des Medicinal-Departements Dr. Ragosin ist der hiesigen Gesellschaft Russischer Aerzte zu der von ihr beabsichtigteten Gründung eines Sanatoriums von der Regierung eine einmalige Subsidie im Betrage von 10,000 Rbl. und ein beständiger jährlicher Beitrag von 3000 Rbl. bewilligt worden.

— Der verstorbene Geheimrath Dr. Wywodzew hat der St. Petersburger medicinischen Gesellschaft 1000 Rbl. testamentarisch vermacht.

— Die Cholera ist in Egypten und wahrscheinlich auch in Japan erloschen, dagegen herrscht sie noch in erheblichem Grade in Ostindien.

— Das Capital, welches Prof. Sacharjin (Moscau) zur Unterstützung der Kirchen-Gemeindeschulen des Pensaschen und Ssaratowschen Gouvernements, sowie zum Besten der Kirchen-Geistlichen gespendet hat, beträgt nicht, wie anfangs gemeldet wurde, 50,000, sondern 500,000 Rbl.

— Die Gewinnung des Leberthrans hat in Norwegen in den letzten Jahren erheblich abgenommen; es sind daher die Preise für denselben neuerdings um mehr als 100 % gestiegen.

— Die Fabrik Bayer & Co. welche alleinige Inhaberin des Phenacetinpatents ist, hat den Preis für Phenacetin auf das doppelte erhöht.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. März d. J. 8578 (104 wenig. als in d. Vorw.), darunter 1734 Typhus — (36 wen.), 743 Syphilis — (5 wen.), 213 Scharlach — (1 mehr), 46 Diphtherie — (1 wen.), 125 Masern — (14 wen.), und 33 Pockenkranke — (5 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. März 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
419	292	711	126	59	143	26	14	29	57	65	55	52	39	31	9	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 22, Scharlach 38, Diphtherie 15, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 36, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 2. April 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 8. April 1896.

Дозв. ценз. Спб. 23 Марта 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, 30. März (11. April) **1896**

Ein seltener Fall von Poliomyelitis anterior acuta mit Gehirnerscheinungen.

Von

E. Hansen (Reval).

Vortrag, gehalten im Verein der Revaler Aerzte.

Am 6. August 1894 abends wurde ich zu einem plötzlich an Krämpfen erkrankten Kinde gerufen, konnte jedoch der Aufforderung, da ich am nächsten Morgen auf 2 Tage verreisen musste, nicht Folge leisten. Zurückgekehrt, sah ich die Kranke zum ersten Mal am 10. August und erfuhr nun über die Anamnese und Ereignisse bis zu diesem Folgendes: Natty N. 8 Jahr, hatte nach Angabe der Mutter im ersten halben Jahr ihres Lebens an klonischen Krämpfen, die täglich ein bis zwei mal im rechten Arm und Augenlid auftraten, gegen 6 Wochen gelitten, dann aber sich normal entwickelt und soll später stets bis zu ihrer jetzigen Erkrankung gesund gewesen sein. Nach Angabe der Umgebung machte sie den Eindruck eines psychisch gut entwickelten und intelligenten Kindes. Einige Tage vor seiner Erkrankung klagte dasselbe, obgleich scheinbar ganz gesund, über starke Ermüdung beim Gehen, auch über Rücken- und Kopfschmerzen. Plötzlich, nachdem die Kleine noch am Nachmittage des 5. August einen längeren Spaziergang unter den angeführten Beschwerden gemacht hatte, befiel sie nachts 1 Uhr den 5./6. August nach Schilderung der Mutter mit allgemeinen tonischen Krämpfen, welche zuerst in opisthotonischer Streckung des Rumpfes nach hinten bestanden, dann in extreme Beugung nach vorn mit Verschränkung der Arme übergingen, auch waren einmal klonische Zuckungen im Gesicht mit Contenetion der Lider des einen Auges beobachtet worden. Diesen Krämpfen war starkes Erbrechen vorausgegangen und solange erstere währten, starke Hitze von der Mutter beobachtet worden, welche mit dem Aufhören der Krämpfe am Sonntag früh den 7. August ebenfalls wich. Das Bewusstsein sollte während dieser Zeit ganz erloschen gewesen und erst nach Cessiren der Krämpfe allmälig wiedergekehrt sein, was sich aber späterhin als nicht zutreffend erwies, da Pat., als sie die Sprache wiedererlangt hatte, stricte angab, sie erinnere sich sehr wohl der Personen, welche bei einem Bade, das ihr während der Krampfperiode gemacht wurde, zugegen gewesen seien. Am 10. August sah ich die Kleine, wie erwähnt, zum ersten Mal. Mir fiel sofort die eigenthümlich schlaffe Beschaffenheit und Abmagerung der ganzen Körpermuskulatur auf, Arme und Beine passiv erhoben, fielen kraftlos auf das Bett zurück, die Sensibilität war erhalten, die centripetale Leitung aber verlangsamt, nach Kneiffen der Gliedmassen verzog Pat. erst nach einiger Zeit das Gesicht, die Patellarreflexe, auch die Hautreflexe (Bauchdecken-Glutealreflex) fehlten. Die ein paar Tage später vorgenommene faradische Untersuchung ergab *quantitativ* stark herabgesetzte, aber *qualitativ* unveränderte Zuckung sowohl bei directer als indirecter Reizung, also keine Entartungsreaction. Pupillen mässig dilatirt, ein wenig ungleich, im Facialisgebiet keine motorische Störung bemerkbar. Puls zwischen 70 und 80, etwas arythmisch, Temperatur normal. In den Mund gegossene Flüssigkeit schluckt Pat. wenn auch etwas beschwerlich, doch anstandslos, Blase und Mastdarm nicht gelähmt. Aus einer gewissen Unruhe der Kranken merkt die Umgebung das Bedürfniss, das dann bei untergeschobenem Geschirr normal befriedigt wird. Auf Verlangen die Zunge zu zeigen riss die Kleine den Mund weit auf und streckte mühsam dieselbe ganz wenig hervor, auch konnte sie die Extremitäten auf Geheiss um ein geringes auf der Unterlage verschieben. Es erwies sich aber jetzt, dass sie völlig *aphasisch* geworden war, sie konnte nicht den geringsten ihr vorgesprochenen Laut, nicht einmal einen Vocal hervorbringen.

Suchte man sie aufzurichten, so fiel der ganze Körper schlaff zusammen, der Kopf baumelte haltlos hin und her und musste Pat. von allen Seiten gestützt werden um in sitzender Stellung einen Augenblick ausharren zu können, — es lag also gleichzeitig eine hochgradige, wenn auch nicht complete motorische Lähmung der gesammten Rumpfmuskulatur vor, mit etwas herabgesetzter Sensibilität und aufgehobener Reflexthätigkeit. Allein schon 2 Tage später, den 12. August, 5 Tage nach Beendigung des Krampfanfalls, war eine merkbare Veränderung im Zustande der Kranken zu constatiren. Ihr Sensorium war offenbar völlig frei geworden, sie verfolgte, wenn sie auch nicht sprechen konnte, jede Bewegung meinerseits mit intelligenten Blicken, konnte alle Extremitäten, besser als früher wenn auch noch mit Anstrengung erheben, allein, wie sich jetzt herausstellte, mit eigenthümlich ruckweisen, schleudernden Absätzen, genau wie ein Tabetischer. Dieselben uncoordinirten Bewegungen waren auch an der Gesichtsmuskulatur merkbar, denn wie oben schon erwähnt, riss die Kranke den Mund unförmlich weit auf, wenn sie die noch immer schwer bewegliche Zunge auch nur ein ganz klein wenig hervorstreckte. Dabei trat auch bei den Kaubewegungen eine Parese der Muskeln deutlich zu Tage, so dass Pat. bei reger werdendem Appetit und regelmässiger, wenn auch verzögerter Verdauung nur Flüssigkeiten zu sich zu nehmen im Stande war. In einen Apfel zu beissen hatte sie z. B. nicht die Kraft. Jetzt begann sich auch das Sprachvermögen wieder einzustellen. Am 13. August, *eine* Woche nach Beginn der Krankheit, brachte Pat. zum ersten Mal mit Anstrengung die Silbe «Ei» heraus und tags darauf die Worte: «Ei olle» aber auf

eine so auffallend mühsame und schwerfällige Weise, dass auch in dieser Beziehung die mangelhafte Muskelcoordination evident war und die bestehende Aphasie als unbedingt motorische oder atactische gedeutet werden musste. Letztere besserte sich aber in rapider Weise, so dass Pat. nach Verlauf weiterer 5 Tage, also am Ende der 2. Woche der Erkrankung, schon zusammenhängend wenn auch mit unbehilflich-lallender Sprache las, jedoch nur grosse, deutliche Druckschrift, während sie kleinere in keiner Entfernung zu entziffern vermochte, weil, wie sie sich ausdrückte: «ein Nebel vor war». Dabei sah sie in der Ferne völlig normal. Offenbar lag hier eine Accomodationsparese leichteren Grades vor, wie sie mitunter im Verlauf von Rückenmarks- und Gehirnerkrankungen in Erscheinung tritt. Aber auch diese besserte sich in kurzer Zeit, gleichen Schritt haltend mit der Besserung der Lähmung der gesammten Körpermuskulatur, so dass Pat. schon am 30. August, zu Anfang der 4. Krankheitswoche gut selbstständig aufrecht sitzen und den Kopf halten konnte. Die Patellarreflexe waren etwas früher, den 26. August wiedergekehrt. Im Uebrigen fühlte sich Pat. jetzt vollkommen wohl, alle Organe functionirten in normaler Weise, die unteren Extremitäten waren noch paraplegisch. Führte ich die Kleine, indem ich sie unter den Armen hielt, durch's Zimmer, so bewegte sie die Beine in schnellender und stampfender, hochgradig atactischer Weise, ohne sich im geringsten auf sie stützen zu können. Allein nach Verlauf von weiteren 7 Tagen, genau am Ende der 4. Krankheitswoche überraschte mich die Pat. bei der Visite dadurch, dass sie zum ersten Mal selbstständig, wenn auch schwankenden Schrittes und sich an den Gegenständen mit den Händen haltend, freudestrahlend im Zimmer Gehversuche machte und schon nach weiteren 5 Tagen, am 9. September war von dem geschilderten, schweren Symptomencomplex nichts mehr übrig geblieben, als eine geringe, aber doch deutlich merkbare Coordinationsstörung und motorische Schwäche der unteren Extremitäten, die sich durch etwas unsicheren Gang, Unbehaglichkeitsgefühl beim Stehen mit geschlossenen Augen und auch dadurch kundthat, dass Pat. mit der Fusspitze keinen Kreis in der Luft zu beschreiben vermochte. Gleichzeitig erklärte das intelligente Kind mit Bestimmtheit, dass sie nicht ganz so geläufig lesen und reden könne wie vor der Krankheit.

Am 15. September, wo ich die Kleine aus der Behandlung entliess, waren diese beiden Erscheinungen, wenn auch verringert, doch immerhin noch merkbar vorhanden, — im Uebrigen aber hatte ich die Freude ein munter und fröhlich umherspringendes Kind mit rosigen Wangen und normaler Körperfülle vor mir zu sehen.

Fassen wir nun noch ein mal die Hauptsymptome dieses eigenthümlichen Krankheitsbildes zusammen:

Es lässt sich kein einziges ätiologisches Moment für die Krankheit verantwortlich machen. Die Convulsionen setzen plötzlich ein, während derselben ist das Sensorium höchstens getrübt, nicht erloschen, nachher vollkommen frei, denn sobald Pat. die Sprache wiedererlangt hat, giebt sie mit Bestimmtheit an, dass ihr die Vorgänge während des Krampfstadiums in Erinnerung geblieben sind und dass sie weder während noch nach demselben Kopf- oder Rücken- oder Gliederschmerzen empfunden habe; keinerlei Muskelrigidität oder etwaige Nackenstarre ist während des ganzen Verlaufs merkbar gewesen, ebensowenig andauernde Fiebererscheinungen, nur während der Krämpfe ist nach Angabe der Mutter starke Hitze vorhanden gewesen. Mastdarm und Blase bleiben intact. Es sind also im Verlauf der Krankheit keinerlei eigentliche meningitische Symptome zu verzeichnen, sondern nur Reizerscheinungen wie sie bei dem leicht irritablen Gehirn der Kinder bei anderweitigen schweren Erkrankungen auch vorkommen können. Die sensorielle Sphäre ist gar nicht, oder so gut wie gar nicht afficirt, nur die motorische, sowohl die cerebrale, als die spinale und zwar beide nicht in halbseitiger, heerdweiser, sondern mehr diffuser Form. Die allgemeinen Lähmungserscheinungen beherrschen das Krankheitsbild nach Aufhören der Convulsionen in so dominirender Weise, wie ich es sonst nur bei diphtheritischen Paralysen beobachtet habe. Von Seiten des Gehirns sind nachweisbar afficirt: der Oculomotorius, die motorischen Zweige des Trigeminus, des Hypoglossus, (Accomodationsparese, starke Behinderung der Kaubewegungen, motorische Aphasie) von Seiten des Rückenmarks das Gebiet der Vorderhörner (schlaffe, paraplegische Lähmung der ganzen Rumpfmusculatur, Erlöschen der Haut- und Sehnenreflexe bei erhaltener, wenn auch herabgeminderter Sensibilität) aber — es finden sich gleichzeitig die ausgesprochensten Erscheinungen der Ataxie in einem Grade wie sie sonst nur bei Erkrankung der Goll'schen und Burdach'schen Stränge auftreten. Dieses Symptom weist also scheinbar auf eine Läsion sowohl der motorischen als sensiblen Sphäre des Rückenmarkes, d. h. auf eine diffuse, nicht eine Systemerkrankung desselben hin. Ich sage scheinbar, denn es lässt diese Ataxie auch eine andere Erklärung zu als die Annahme einer Läsion der Hinterstränge. Nach der heute geltenden Anschauung der Autoren kann zweifellos sowohl eine Erkrankung der Leitungsbahnen des Coordinationsvermögens im Rückenmark, als auch eine solche des Coordinationscentrums im Gehirn selbst, welches nach der allgemeinen Annahme eine mehr diffuse über den Pons, Vierhügel, Medulla oblongata und Wurm des Kleinhirns sich erstreckende Ausbreitung besitzt, zu den Erscheinungen der Ataxie Veranlassung geben, sogenannte bulbäre Ataxie, im Gegensatz zur spinalen. Das eben erwähnte ist aber auch dasjenige Gebiet, das den Ursprungskernen des Oculomotorius, d. motor. Wurzeln des Trigemin. und des Hypogloss. entspricht (Vierhügel, seitliche und hinterer Winkel der Rautengrube) somit glaube ich, kann man ungezwungen annehmen, dass dieselbe Läsion, welche die motorische Störung der erwähnten Hirnnerven veranlasste, auch die Ataxie, die sonach als eine cerebrale aufzufassen wäre, zu Wege brachte.

Diagnose: Es liefert dieser Fall wieder einmal den sprechenden Beweis für die Erfahrung, die der praktische Arzt in seiner Thätigkeit leider nur zu oft zu machen die Gelegenheit hat, nämlich die, dass die Mehrzahl der Frühdiagnosen am Krankenbett — um es ehrlich herauszusagen — Fehldiagnosen werden und die richtige erst post festum oder am Secirtisch gestellt wird.

Man wäre doch berechtigt gewesen, nach den initialen Symptomen in diesem Falle: plötzlicher Eintritt mit Erbrechen, vielleicht Fieber, Pupillardifferenz, Arythmie, scheinbare Bewusstlosigkeit, — die Entwickelung eines meningealen Processes vorauszusetzen, allein sehr bald ändern sich die Erscheinungen und werden derartige dass an eine Meningitis simplex, tuberculosa oder cerebrospinalis nicht mehr gedacht werden kann. Keinerlei Schmerzen oder Nackenstarre oder Halbseitenläsion, keine Zunahme der pathologischen Erscheinungen, sondern im Gegentheil ein Nachlass derselben ist im weiteren Verlauf der Krankheit bemerkbar, es dominiren fortan die paraplegischen Symptome von Seiten des Rückenmarks, begleitet von der Ataxie, Accomodationslähmung und Aphasie und zwar, was betont zu werden verdient, diese 4 Cardinalsymptome des Krankheitsbildes haben, sobald sich die Situation nach Cessiren der Convulsionen einigermaassen überblicken lässt, von vorn herein ihre Acme erreicht und gehen correspondirend in auffallend schneller Weise und kurzer Zeit zurück. Dieses Factum, nämlich dass bei einer spinalen Lähmung der höchste Grad derselben von vorn herein, wie mit einem Schlage erreicht wird, ein Vorkommniss, wie es gerade bei der Poliomyelitis anterior acuta statt hat und dieselbe von anderen Erkrankungen des beregten Gebietes unterscheidet, musste mir die Annahme dieser Affection nahelegen. Allein wie passte in diesen Rahmen die motorische Läsion der oben erwähnten Hirnnerven, die von allen Autoritäten bestätigte Thatsache, dass die eigentliche infantile Poliomyelitis nur bis zum 4. Lebensjahr beobachtet wird?

Konnten nicht etwa andere Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, welche im Verlauf mit der spinalen Kinderlähmung eine grosse Aehnlichkeit besitzen, wie die acute cerebrale Kinderlähmung (Hemiplegia

spastica infantilis nach Benedict) die multiple degenerative Neuritis oder eine diffuse Erkrankung des Rückenmarks, eine Myelitis transversalis oder centralis vorliegen? Ich musste die Möglichkeit dieser Annahmen von der Hand weisen. Denn wenn auch das Initialstadium der cerebralen Kinderlähmung von dem der Poliomyelitis kaum auseinanderzuhalten ist und sich von ihr nur durch die Localisation des Entzündungsheerdes unterscheidet, so dass beide Krankheiten als nahe verwandt, ja sogar als identisch angesehen werden können, so fehlte doch das für die Hemiplegia spastica infantilis allein charakteristische und maassgebende Moment, die hemiplegische Form der Lähmung und die Steigerung der Sehnenreflexe. Auch die multiple degenerative Neuritis konnte bei näherer Erwägung nicht herangezogen werden, denn wenn sie auch wie die Poliomyelitis unter dem Bilde einer Infectionskrankheit plötzlich unter Fieber einsetzt und vorzugsweise die motorische Sphäre betrifft, so möchte ich mich doch nicht mit den Einzelheiten des allerdings in vieler Beziehung gleichen Symptomencomplexes dieses allgemein bekannten Krankheitsbildes aufhalten, sondern nur erwähnen, dass das erste Postulat bei der acuten Neuritis, ohne welche sie nicht denkbar ist, die intensiven Schmerzen in unserem Falle nicht zutraf. Was endlich die Möglichkeit einer Myelitis betraf, so konnte auch diese nach kurzer Erwägung ausgeschlossen werden, denn es fehlten vor Allem Functionsstörungen der Blase oder des Mastdarms, erhöhte Reflexe, trophische Störungen der Haut und Aehnliches.

Ergo — trotz mehrerer, sich nicht in das Bild einer gewöhnlichen infantilen Spinallähmung hineinreihender Symptome, wird man vorliegenden Fall meiner Ansicht nach dennoch nicht anders als unter die Rubrik der Poliomyelitis anter. acuta, wenn auch einer atypischen Form derselben setzen müssen. Dass sie mit cerebralen Reizsymptomen beginnt, ist durchaus keine seltene Erscheinung, dass keine Entartungsreaction sich nachweisen liess, wohl aber eine deutliche quantitative Herabsetzung der electr. Erregbarkeit, möchte auf den Umstand zurückzuführen sein, dass ich die Untersuchung entweder zu früh, es war am Ende der ersten oder Anfang der 2. Woche, vorgenommen habe, ehe noch eine stärkere Läsion der trophischen Centren Platz gegriffen hatte, oder dass letztere, was nach dem schnellen und günstigen Verlauf der Erkrankung noch wahrscheinlicher erscheint, überhaupt gar nicht zu Stande kam, sondern sich nur auf eine functionelle Störung beschränkte. Die Thatsache, dass die eigentliche infantile Spinallähmung nur bis zum 4. Lebensjahr, wie ausdrücklich hervorgehoben wird, vorkommt, fällt auch nicht sehr in's Gewicht, wenn wir annehmen, dass es sich hier nicht um die eigentliche infantile, sondern die Poliomyelitis acuta der Erwachsenen, die bis zum 30. Jahr beobachtet wird, handelt, was in Berücksichtigung dessen, dass Pat. 8 Jahr zählt, an sich nichts Gezwungenes hat. Damit aber finden auch die auffallenden motorischen Störungen von Seiten des Gehirns ihre naturgemässe Erklärung, denn Bramwell führt in seinem Specialwerk über Rückenmarkskrankheiten ausdrücklich an, dass die Poliomyelitis acuta ant. der Erwachsenen sonst mit der infantilen identisch ist, sich aber nur dadurch von dieser unterscheidet, dass «die von den Hirnnerven versorgten Muskel häufiger afficirt sind als bei Kindern», auch hat er einmal in solchem Falle Aphasie beobachtet! Ja noch mehr! Henoch erwähnt in seinen Vorlesungen über Kinderkrankheiten auch bei der infantilen Poliomyelitis eines Falles bei einem 2½-jährigen Mädchen, wo er Paralyse des linken Facialis beobachtete, die später ganz zurückging, citirt auch noch 2 andere einschlägige Beobachtungen von Seligmüller und Eisenlohr und spricht es bei dieser Gelegenheit aus, «dass das Auftreten von Sopor und Convulsionen in manchen Fällen des fieberhaften Initialstadiums in der That dafür zeugen, dass die Theilnahme des Gehirns öfter stattfinden mag, als man anzunehmen pflegt.» Schliesslich erinnere ich noch daran, dass auch die Ataxie, welche sonst nicht in den gewöhnlichen Symptomencomplex der Poliomyelitis ant. acuta hineingehört, auch keine Schwierigkeit in der Erklärung veranlasst, wenn man berücksichtigt, dass jene überhaupt nicht so selten auch bei anderen Infectionskrankheiten und Erschöpfungszuständen in Erscheinung tritt und ferner, wenn wir sie als bulbäre auffassen, die sich in die übrigen cerebralen motorischen Ausfallserscheinungen dieses Falles leicht einordnet.

Therapie: Wenn ich in kurzen Worten der Vollständigkeit halber noch diesen Punkt berühre, so möchte ich mich vor Allem vor der Anschauung wahren, als ob ich dem eingeschlagenen Verfahren einen allzugrossen Einfluss auf den überaus günstigen und schnellen Verlauf des Falles zuzuschreiben geneigt wäre; aber immerhin würde ich den Collegen zu der Anwendung von heissen Bädern und Strychnininjectionen in vorkommenden Fällen rathen, da sie jedenfalls in dem vorliegenden und auch in einem anderen mir lebhaft im Gedächtniss gebliebenen, der eine complete Paralyse der ganzen Rumpfmusculatur mit Einschluss von Schlucklähmung nach schwerer Diphtheritis betraf, die zur Tracheotomie Veranlassung gegeben hatte, — wenigstens nicht Schaden gestiftet zu haben scheint.

In den ersten Tagen der Erkrankung waren Eisblase auf den Kopf, intern Jodkali und laue Bäder von 26° R. verordnet worden, bald aber begann Pat., sobald sie die Sprache nothdürftig wiedererlangt hatte, über starkes Kältegefühl in der Wanne zu klagen. Ich benutzte diesen Wink der Natur umsomehr als Prof. Aufrecht, der nach einem Artikel in den therapeutischen Monatsheften vom Jahr 1894 einen auffallend günstigen Erfolg von heissen Bädern bei einem Fall von Meningit. cerebro spinal. gesehen hatte, die Collegen dringend zu Versuchen in ähnlichen Fällen auffordert, und verordnete in der 2. Krankheitswoche tägliche Bäder von 31° R. und 20 Min. Dauer. Die motorische Lähmung des Rumpfes besserte sich nun sichtlich, so dass die Reflexe schon nach einigen Tagen, Mitte der 3. Woche wiedergekehrt waren. Am Ende der 3. Woche konnte Pat. bereits ganz gut, ohne Unterstützung sitzen und nun begann ich die Strychnininjectionen, zuerst à 1 Mg. einer 1%-wässerigen Lösung pro dosi et die, die 3. Injection schon à 2 Mg., wobei fortan geblieben wurde. Nach der 4. Injection war die Paraplegie bedeutend geringer, nach der 6. konnte Pat., schwankend und unsicher freilich, aber doch selbstständig einige Schritte im Zimmer gehen. Nach der 9. Injection am 9. September konnte die Kleine sich schon ganz frei und unbehindert, wenn auch nicht so sicher wie vor der Krankheit im Zimmer umher bewegen, auch war die Sprache noch etwas schwerfällig. Mit der 13 sistirte ich die Einspritzungen, da kein Grund dieselben fortzusetzen mehr vorlag.

Referate.

Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen. Von Frau Dr. Nageotte-Wilbuschewicz in Paris. Therap. Wochenschr. 1896 № 5 u. 6.

Die Verfasserin liefert Beläge dafür, dass die Verbrennungen jeder Ausdehnung und jedes Grades ohne Eiterung heilen können, wobei der Erfolg zum grössten Theil von der Asepsis abhängt. Die Eiterung ist durchaus nicht ein nothwendiges Element zur Regeneration der Gewebe, sondern eine mehr oder weniger schwere Wundcomplication; der Grund, weshalb zufällige Verbrennungen so häufig eitern, ist darin

zu suchen, dass man bei Behandlung derselben gewöhnlich so verfährt, als wenn man mit einer nicht inficirten Wunde zu thun hätte. Die Brandwunden werden in ihrer Entstehungsweise nur allzu häufig für aseptisch gehalten, indess enthält die Haut an ihrer Oberfläche genügend Eitererreger, um eine Continuitätstrennung der Haut zu inficiren, und diese Mikroorganismen widerstehen Temperaturen, die im Stande sind, Verbrennungen hervorzurufen.

Die Hauptbedingung einer rationellen lokalen Behandlung jeder Verbrennung besteht somit darin, die Brandwunde zu reinigen, sie aseptisch zu machen, worauf der aseptische oder antiseptische Verband nur dazu dient, die Wunde gegen neuerliche Infection zu schützen. Wo gründliche Reinigung der Brandwunden mit zuviel Schmerzen verbunden ist, empfiehlt sich die Anwendung der Chloroformnarkose, die für die Verbrannten unschädlich ist. Für Wunden, die nicht von vornherein aseptisch waren, sondern desinficirt worden sind, ist die Anwendung eines antiseptischen Verbandes anzurathen, der bei eiternden Wunden ausschlieslich in Frage kommt.

Von den eigentlichen Topica hat Verfasserin, Borsäure, Jodoform, Salol und Camphersalol, Ichthyol, Thiol, Wismuthsalze und antiseptisches Diachylon angewendet. Besonders schöne Resultate hat sie mit dem Thiol erzielt, dessen Einfluss insbesondere auf die Keratinisation ein sehr deutlicher ist. Es giebt sogar Fälle, bei welchen unter dem Thiol die Epidermis gewissermaassen hypertrophirt. Das Thiol bildet gleichzeitig einen Firniss, welcher die Brandwunde vollständig schützt.

Dem Ichthyol zieht Verfasserin das Thiol weit vor, weil es nur sehr geringe und kurzdauernde Schmerzen verursacht, während das Ichthyol ein, wenn auch ebenfalls vorübergehendes aber unerträgliches Jucken hervorruft. Dazu kommt noch, dass das Thiol nur wenig und eher angenehm, das Ichthyol aber stark nach Petroleum riecht.

Verfasserin theilt den Verlauf zahlreicher Einzelfälle mit, in denen die Brandwunden, nachdem sie je nach den Verhältnissen der Verbrennungen mit Carbolseife, Sublimat, Aether, Borwasser etc. sorgfältigt gereinigt waren, mit Thiol liquid. eingepinselt und mit Watte verbunden wurden. Unter diesem Verband fand glatte Heilung und Neubildung der Haut statt.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 1. November 1895.

1) A. Treymann: Demonstrirte einen einmonatlichen foetus

2) Dr. v. Bergmann zeigte 28 Blasensteine herum, die er bei einem Manne durch Sectio mediana gewonnen hatte.

3) Dr. v. Bergmann verliest seinen Vortrag. «Ein Fall von Hernia diaphragmatica»

Nachdem Vortragender kurz die anatomischen und klinischen Beobachtungen über Hernia diaph., welche in der Literatur vorhanden sind, mitgetheilt hatte, referirte er folgenden Fall:

Am 2. April a. c. war der kräftige Schuhmacher I. S. in die chirurg. Abthlg. des Stadt-Krankenhauses gebracht worden mit mehreren Messerstichen, von denen einer eine Handbreit unterhalb des Scapularwinkels und etwas hinter der hinteren A. L. gelegen, perforirend war.

Am 11. April verliess Patient die Abtheilung und will einige Wochen später gesund gewesen sein.

Am 27 Mai hob Patient, nachdem er zuvor stark getrunken hatte, eine schwere Last. Es traten sofort heftige Schmerzen im Bauch und Thorax ein. Erbrechen. Trotz Einnehmen einer Gabe Ricinus erfolgte kein Stuhl. 28. Mai Aufnahme in die I Abtheilung des Krankenhauses.

Status am 29. Mai: Links Thorax abgeflacht, weniger beweglich, Pectoralfremitus fehlt. H. U. Dämpfung und blutigseröses Exsudat. Succussionsgeräusch. L. V und H. O verschärftes Athmen. R normale Verhältnisse. Abdomen mässig aufgetrieben. Obstipation. Erbrechen. Patient wurde in die chirurgische Abtheilung transferirt, er verweigerte jedoch einen operativen Eingriff.

Diagnose: Hernia diaphragmatica inc., gestützt auf die Anamnese, die Occlusionserscheinungen und gleichzeitiges lufthaltiges Exsudat.

30. Mai Operation: Resection der VII Rippe zwischen beiden Axillarlinien. Tod auf dem Tische. Es liess sich eine Incarceration des Magens, der durch einen Defect des Zwerchfells geschlüpft war, nachweisen.

Vort. bespricht den Weg, welcher bei der Operation zu wählen ist und neigt trotz mancher Bedenken zur Operation von der Bauchhöhle aus.—

Dr. Hampeln: betont die Schwierigkeit der Diagnose. Zur Stellung derselben dienen vor Allem zwei Momente: 1) Eine genügend lange Beobachtungszeit 2) Eine sorgfältige Anamnese. Die einzelnen Symtome als solche waren nicht mit Nothwendigkeit zur Annahme eines Zwerchfellbruches zu verwenden. Die Erscheinungen der Occlusion z. B. konnten als Initialsymptom einer Pleuritis imponiren, wenn auch zugegeben werden muss, dass bei linksseitigem Pneumothorax stets an eine intrathoracische Hernie zu denken ist.

4) Dr. M. Schmidt verliest seinen angekündigten Vortrag «Ueber die diesjährige Ruhrepidemie.»

Durch die Ruhrabtheilung des Krankenhauses sind im Laufe des Sommers und Herbstes 1895 207 Kranke passirt mit 25% Mortalität. Das Lebensalter vertheilt sich folgendermassen;

1 — 10 : 13	davon	todt	5 = 38. 4%
10 — 20 : 39	»	»	5 = 13. 1 »
20 — 30 : 55	»	»	10 = 18. 1 »
30 — 40 : 30	»	»	7 = 23. 3 »
40 — 50 : 20	»	»	5 = 25. 0 »
50 — 60 : 21	»	»	5 = 33. 8 »
60 — 70 : 17	»	»	3 = 17. 6 »
70 — 80 : 10	»	»	9 = 90. 0 »
80 — 90 : 1	»	»	1 = 100. »
90 — 100: 1	»	»	1 = 100. »

In der grossen Mehrzahl der Genesenen und Verstorbenen war die Temperatur sehr wenig erhöht; auch der Puls bot nichts Characteristisches, bis zum letalen Ende war derselbe oft voll und kräftig. Kein Mal fand sich eine Betheiligung der Leber und nur in einigen der schwereren Fälle fand sich Alb. im Harn. Das Abdomen war meist flach, ja sogar eingezogen, bisweilen bestand leichte Empfindlichkeit gegen Druck. Der Dickdarm liess sich meist als wurstförmiges Gebilde palpiren. Die Stühle waren zu Beginn schleimig-blutig, bisweilen rein blutig. Je weniger verändert das Blut war, aus desto tieferen Darmabschnitten stammte es und um so besser war die Prognose. Je höher oben die Erkrankung sitzt in desto zersetzterem Zustande kommt das Blut zu Tage. Wo zuweilen gutgeformte Skybala beigemischt sind, functionirt ein Theil des Dickdarmes noch normal. Blutiger Schleim wird 5—7 Tage abgesetzt; dann tritt das Blut zurück und der Schleim gewinnt die Oberhand; allmählig werden die Stühle faecal mit einem Zwischenstadium bei den schwereren Fällen, in dem reiner Eiter entleert wird. Bei den schweren Fällen bekommen die Stühle für 4—5 Tage einen brandigen Geruch und eine jauchige Beschaffenheit. Die Kranken gehen dann entweder bald bis zu 14 Tagen zu Grunde, oder die Jauchung verliert sich, die Stühle aber bleiben dünnschleimig und übelriechend und der Tod erfolgt später an Erschöpfung. Brandige Stühle machen die Prognose aber auch nicht absolut infaust. Wir haben 14 solche Kranke genesen sehen mit einer Krankheitsdauer von 18—90 Tagen. Die Reaction der Stühle war alkalisch. Dieselbe bleibt so bis zum Schluss, selbst in Fällen wo die Dejectionen intensiv sauer riechen.—

In jedem schweren Falle ist entweder Singultus oder Erbrechen, oder auch beides vorhanden. Wirkliche Peritonitis aber mit Erguss ist selten; wir haben sie 2 Mal beobachtet.—

Die Hauptgefahr besteht in der Sepsis und in der Erschöpfung.—

3 Mal wurde postdysenterisches Oedem ohne Albuminurie oder Herzaffection beobachtet. Pathologisch-anatomisch fanden sich in den acuten Fällen die bekannten brandigen Schorfe welche 30—50 Cm. bis über die Bauhinische Klappe reichten; in chronischen Fällen fehlte oft die ganze Mucosa des Dickdarms. Die Serosa war in der Regel, wenn auch geröthet, so doch spiegelnd. Macroscopisch zeigten die Nieren eine Trübung, in einem mehr acut verlaufenden Falle fand sich microscopisch eine hämorrhagische Nephritis.—

Therapeutisch wurde der Darm von Zeit zu Zeit durch Ricinus entleert und alle Kranken, welche nicht mit Schmerzen und Tenesmus darauf reagirten, erhielten täglich eine Darmausspülung mit Tanin. Ausgedehnter Gebrauch wurde vom Wismuth gemacht mit anderen Mitteln wie Resorzin, Chinarinde, Catechu etc. combinirt. Opium wurde nur zur Nacht verabreicht. Bei starken Schmerzen, Unruhe und Schlaflosigkeit kommt man ohne Morphium nicht aus. Von sehr guter Wirkung besonders bei Kindern sind warme Bäder. Gerade in diesem Sommer war in mehreren Zeitschriften eine Abkochung von Simaruba Rinde als Specificum gegen Ruhr empfohlen worden, so erhielten alle Kranken dieses Medicament von Anfang August an; dasselbe wurde nur durch andere Arzneien ersetzt, wenn die Kranken wegen Uebelkeit sich weigerten dasselbe fernerhin zu nehmen, oder wenn gar keine Besserung eintrat. Von diesen 113 Kranken sind 32=28% gestorben, während von den 94 ohne Simaruba Behandelten 18—19,7% starben. Wir haben also von dem Mittel keinen Erfolg gesehen.

Vom Wartepersonal und den Aerzten in Summa 15 Personen ist keiner erkrankt! In den anderen Abtheilungen der Infectionsbaracken erkrankten 2 Personen, ebenso in der Abtheilung für chronisch-chirurgische Kranken zwei Personen an Ruhr.

5) Dr. Heerwagen berichtet über die Verbreitung und den Verlauf der diesjährigen Ruhrepidemie in Riga.

Nachdem er das statistische Material kritisch besprochen, demonstrirt Vortr. eine practische Darstellung der gemelde-

ten Ruhrerkrankungen für jeden Monat der letzten 10 Jahre. Es ergiebt sich hieraus, dass die Ruhr eine in Riga endemische Krankheit ist, welche im Hochsommer fast alljährlich bedeutende Dimensionen annimmt. Die Zahl der diesjährigen Ruhrerkrankungen übersteigt nun den Durchschnitt um fast das doppelte: es handelt sich im Jahre 1895 bis zum 21. October um 1228 Erkrankungen mit 149 Todesfällen = 12%. Der zeitliche Gang der Epidemie wird sowohl für die ganze Stadt, als auch für einzelne Stadttheile dargelegt, worauf sich Redner der Verbreitungsweise zuwendet. Nachdem dargelegt worden, das Wasserbezug und Bodenbeschaffenheit durchaus ohne Einfluss auf die Verbreitungsweise, legt Vortr. dar, wie jeder Kranke für seine Umgebung eine Gefahr bilde, was in Familien- und Hausepidemien sowie in grösseren Erkrankungsherden in einer ganzen Reihe von Fällen seinen Ausdruck gefunden. Vortr. referirt nach Wolfberg über die sehr interessante Tilsiter Ruhrepidemie vom Jahre 1893 und kommt zum Schlusse, dass epidemiologische Forschung allein wohl kaum je das Dunkel lüften werde, welches heute noch über dem detaillirten Vorgang der Ruhrinfection liegt. Erst wenn microskopische Forschung zur unanfechtbaren Entdeckung des Ruhrkeims geführt haben wird, sei zu erwarten, dass klare und sichere Erkenntniss des Infectionsmodus sich entwickeln und auch die nothwendige Handhabe gegeben wird, den Ruhrepidemien erfolgreicher entgegen zu treten, als dies heute möglich ist.

Dr. Bernsdorff empfielt Chloradyl. Er hat das Mittel 6 Mal mit Erfolg angewendet; es kann unbeschadet mehrere Tage hindurch gegeben werden.

Dr. Blumenbach lobt grosse Morphiumdosen.

Dr. Krannhals hat seit 6 Jahren bacteriologische und pathologisch-anatomische Studien über die Ruhr angestellt. In 66 Fällen ist der Darm bacteriologisch untersucht worden. Zur Benutzung kam das Serum der erkrankten Darmwand. Er konnte aus demselben zahlreiche Bacterienspecies züchten, von denen jede schon früher als specifischer Ruhrpilz angesprochen worden war. Z. B in einem Sommer fand K. nur Colonbacillen, er ist der Ansicht, dass keiner der gefundenen Microben als spec. Erreger der Dysenterie angesehen werden darf.

Hinsichtlich der Aetiologie und Pathologie der Ruhr hat K. gefunden, dass besonders Personen mit alten Nierenleiden der Erkrankung mit Dysenterie ausgesetzt sind. Sporadische Fälle betreffen meist Kranke die an Schrumpfniere leiden und in Epidemien sterben solche Individuen häufiger als Leute mit gesunden Nieren. Bekanntlich neigen Menschen, die mit Nierenaffectionen behaftet sind zu Erkrankungen des Darmes. Letztere haben path. anat. eine grosse Aehnlichkeit mit dem dysenterischen Process. sie sitzen nur mehr im oberen Theil des Dünndarms, während die Ruhr sich ja bekanntlich im Dickdarm lokalisirt. So ist die Sublimatintoxication, die ja mit ulcerativen Vorgängen auf der Schleimhaut des Darmes einhergeht mit einer Erkrankung der Niere der sog. «Kalkniere» verknüpft.

K. ist der Ansicht, dass es sich bei der Ruhr und den dysenterieähnlichen Erkrankungen der Nephritiker um eine Alteration der Capillarwandungen in der Darmmucosa handele. Es entstehen so auf der Schleimhaut necrotische Partieen, die durch den Koth und die zahlreichen in demselben enthaltenden Saprophyten zersetzt werden, woraus die Ulceration und Perforation entstehen. Therapeutisch giebt K. zunächst Ricinus. Alsdann verordnet er desinficirende Ausspülungen des Darmes mit Borsäure, die 2 Mal tägl. stattfinden, unabhängig von der Menge der Stühle. Blande Diät. Thee, Tum, Zwieback. Es kommt sehr darauf an, schon in einem möglichst frühzeitigen Stadium der Erkrankung den Darm zu reinigen, um die Kothbacterien ausser Thätigkeit zu setzen.

Dr. Paul Klemm.
d. Z. Secretär.

Sitzung am 15. November 1895.

1) Dr. F. Hach bemerkt zum Prot. der letzten Sitzung, dass nach seiner Ansicht, die noch mit der namhafter Autoren übereinstimme der von Dr. Treymann demonstrirte Embryo zum mindesten 8 Wochen alt gewesen sein muss.

Dr. Treymann erwidert, dass Bestimmungen über das Fruchtalter nach Abbildungen sehr schwer, ja oft unmöglich seien. da häufig genug Varietäten vorkommen, zudem müsse man den foetus frisch gesehen haben, um sich einen richtigen Eindruck zu verschaffen. Er kann als äusserste Altersgrenze 5 Wochen zugeben. Für diese sprachen auch die anamnestischen Angaben.

Dr. Radecki hat die Illustrationen im Lehrbuche von Winkel mit dem demonstrirten foetus verglichen und schliesst sich betreffs des Alters den Ausführungen Hach's an.

Dr. Hach bleibt dabei die Altersgrenze über 5 Wochen hinaus zu rücken. Früchte von 1 Monat messen nicht mehr als 1 Ctm. während der demonstrirte trotz Schrumpfung in Alkohol länger war.

2) Dr. Helmboldt hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Dynamitexplosion» zugleich stellt er den betreffenden Pat. vor. (Erscheint gedruckt).

Dr. Miram fragt an, ob es nicht stark geblutet hätte. Nach Verletzung durch stumpfe Gewalt könne die Blutung ja oft fehlen wie er das selbst im Kriege nach Verletzung durch Granatschuss gesehen hat. Weshalb kam es aber hier nicht zur Blutung?

Dr. Helmboldt: der perforirende Splitter hatte das Gefäss verlegt: nach Extraction desselben blutete es sofort.

Dr. Miram hat gelegentlich die Blutung auch nach Stichverletzungen fehlen sehen.

Dr. Voss bestätigt dieses Factum durch eine eigene Beobachtung, wo die Art. fem über der Kniekehle durch einen Sequester gelocht war, aber keine Blutung auftrat.

Dr. Bröcker hat nach einer Schussverletzung der Unterschenkelgefässe (Tib. post) ein Stehen der Blutung auf 6 h. gesehen. erst dann begann plötzlich eine arterielle Blutung.

Dr Paul Klemm erinnert daran, dass wir im sog. «v. Wahl'schen Geräusch ein ausgezeichnetes Hülfsmittel zur Erkennung arterieller Verletzungen besässen, da wie schon gesagt, die übrigen Zeichen wie die primäre Blutung und das Fehlen des Pulses unterhalb der Verletzung sehr unsichere, oft fehlende Symptome sind.

3) Fortsetzung der Discussion über die diesjährige Ruhrepidemie.

Dr. Mandelstamm II. hat mehrere Fälle brandiger Ruhr gesehen, die tödtlich endeten. Es gesellte sich Oedem der Beine hinzu, sowie Ausfallen der Haare. Er empfiehlt Salol und kleine Eisstückchen innerlich; ausserdem Eingiessungen von Tanninalaun. Er infundirt 4—500,0. Kalte Einpackungen und Bäder hatten sich ihm gut bewährt. Die Diät anlangend ist er mehr für kräftige Ernährung. Die Milchdiät ist zu loben. In 70 Fällen kam diese mit gutem Erfolg zur Anwendung.

Dr. Miram führt aus, dass Eingiessungen gelegentlich ja sehr gut wirken, dann aber giebt es Kranke, die dieselben strict verweigern. Tannigen habe sich ihm stets nutzlos erwiesen.

Dr. Deubner ist der eigenthümliche Antagonismus aufgefallen, der in der diesjährigen Ruhrepidemie zwischen Dysenterie und Typhus abd. zu bestehen scheint. Während sich im Sommer die Fälle letzterer Erkrankung zu häufen beginnen, war in diesem Hochsommer wenig Typhus in der Abthlg., erst als die Ruhr in der Abnahme begriffen war, mehrten sich die Typhusfälle. Er fragt Dr. Heerwagen, ob ihm auch dieses Verhältniss beider Erkrankungen zu einander aufgefallen sei.

Dr. Heerwagen stellt für die nächste Sitzung nähere Daten in Aussicht.

Dr. Otto Klemm konnte in einem Fall die Uebertragung der Ruhr durch die Milch nachweisen. Es handelte sich um einen Kranken mit ulcus ventriculi, der nur mit Milch genährt wurde. Er erkrankte an Dysenterie und es stellte sich heraus, dass die Milch aus einer Gegend stammte, die von der Ruhrdurchseucht war. In einem zweiten Fall geschah die Uebertragung durch Schmand, der aus einer inficirten Gegend stammte.

Dr. Bergmann warnt davor, der Disposition eine zu grosse Bedeutung für die Ansteckung einzuräumen. Dieses könne dazu dienen die Maassregeln, die zur Verhütung der Infection dienen abzuschwächen und einem fatalistischen Standpunkt Platz zu machen, der in der Erkrankung das Kismet sieht, dem es unmöglich wäre zu entgehen. Von besonderer Gefahr sei es aber, wenn derartige Anschauungen unter dem Wartepersonal verbreitet würden, weil diese dazu dienen können, dasselbe in seiner Sauberkeit und Gewissenhaftigkeit zu beeinträchtigen.

Dr. Schmidt wollte nur gegen die übergrosse Furcht des Publicums vor Infectionskrankheiten zu Felde ziehen; ihm ist in der Diphtheriestation z. B. noch nie ein Fall von Ansteckung des Wartepersonals, trotz reichlicher Gelegenheit dazu vorgekommen.

Dr. Heerwagen will den Begriff der Disposition gleichfalls mehr zurückdrängen; in Häusern wo es sauber hergeht, ist die Ansteckungsgefahr geringer, als in solchen wo keine Reinlichkeit herrscht.

Dr. Rieder: Dr. Herrmann im Obuchowhospital betonte stets die wichtige Rolle, welche die individuelle Disposition spiele.

Dr. Paul Klemm (d. Z. Sec.).

1242 Sitzung am 6. December 1895.

1) Dr. Treymann legt zwei Präparate vor: Eine Dermoidcyste und ein Parovarialkystom. Beide stammen von einer 25jährigen Frau.

2) Dr. Heerwagen berichtet in Veranlassung einer, auf der letzten Sitzung gestellten Anfrage über die Anzahl der Erkrankungen an Abdominaltyphus und Ruhr in Riga und be-

leuchtet die Frage der gegenseitigen Beeinflussung dieser Zahlen. Vort. demonstrirt eine Tafel, auf welcher die Abdominaltyphus- und Ruhrerkrankungen für jeden Monat der letzten 10 Jahre graphisch aufgetragen sind. Aus diesen Zahlen ergiebt sich einwandsfrei, dass eine gegenseitige Beeinflussung der Typhus- und Ruhrerkrankungen in Riga nicht vorhanden ist.

3) Dr. Heerwagen hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Verunreinigung der rothen Düna und die zur Abstellung dieses Uebelstandes ergriffenen Maassnahmen.»

Die rothe Düna ist ein todter Dünaarm mit sehr unregelmässig gestaltetem Bett. Nur in seinem unteren Theil hat er einen ganz minimalen regelmässigen Wasserwechsel durch den hineinfliessenden Hospitalbach. Dem oberen Theil dieses stehenden Gewässers wurde ein grosser Theil der Abwässer von Haushaltungen und Fabriken zugeführt, die zusammen enorme Mengen fäulnissfähiger, organischer Substanzen enthalten. Berechnungen und Messungen, die im Herbst 1893 angestellt wurden, ergaben dass der rothen Düna täglich an organischen Substanzen zugeführt werden:

Durch die Gräben am II Weidendamm	162 ℔ russ.
» den Canal in der Ziegelstrasse	531 » »
» die 2 Canäle in der Charlottenstrasse	746 » »
In Summa täglich also:	1439 ℔ russ.

Zieht man noch in Betracht, dass einige kleine Canäle, die auch noch in die rothe Düna münden, vernachlässigt worden sind, so ist das Facit, dass diesem todten Gewässer etwa 1500 ℔ oder jährlich über ½ Million ℔ fäulnissfähiger Substanz Jahre hindurch einverleibt worden sind. Die durch die Zersetzung dieser Massen bedingte üble Ausdünstung, welche sich namentlich an Sommerabenden selbst in beträchtlicher Entfernung geltend macht ist ja allbekannt.

Aehnliche Verhältnisse herrschen beim Stadtcanal.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen ist der Hospitalbach von der Stintenstrasse an in einen hölzernen Canal gefasst worden, der der Stadtbreite entlang bis zum Weidendamm geführt worden ist. Dort mündet er in einen steinernen Canal, welcher an der vorderen Seite des kaiserlichen Gartens zieht und unterhalb des Elevators in den Hauptstrom der Düna mündet. Vor etwa 14 Tagen sind die alten Canäle in der Charlotten- und Ziegelstrasse, ein Tagesquantum von 1277 ℔ russ. organischer Substanz repräsentirend, dem neuen Canal angeschlossen worden. Der Hospitalbach durchspült den Canal in seiner ganzen Länge und ergiesst sich somit direct mit den Abwässern der genannten alten Canäle zusammen beim Andreasholm in den Hauptstrom der Düna.

Redner demonstrirte während des Vortrages eine grosse Zahl von Karten, die ihm vom Stadt-Oberingenieur zur Verfügung gestellt worden waren.

Im nächsten Jahre soll die Mündung des Canals derart ausgebend werden, dass die Abwässer 22 Fuss unter dem mittleren Wasserstande der Düna zufliessen; es soll ferner ein steinerner Canal vom Weidendamm bis zum Dünaburger Bahnhof gebaut werden, der die Abwässer, die jetzt in den Stadtgarten und in den Graben am II-ten Weidendamm fliessen, ebenfalls durch den Stammcanal am kaiserlichen Garten vorbei in den Hauptstrom der Düna führen wird. Zwei Bedenken sind bei Projectirung dieser Anlage discutirt worden, das erste betrifft die Gefahr, dass die Düna beim Andreasholme und weiter unterhalb durch die zugeführten Abwässer in unzulässiger Weise verschmutzt wird. Man hat zuständigen Ortes angenommen und Vortr. hält diese Annahme für gerechtfertigt, dass dieses in Anbetracht der grossen Wassermasse, welche die Düna führt und bei der im Frühling sehr erheblichen Stromgeschwindigkeit dieses Flusses ein Missstand nicht eintreten wird. Sollte sich diese Annahme als irrig erweisen, so ist Raum auf dem Andreasdamm für Kläranlagen vorgesehen. Das zweite Bedenken betrifft die grossen Schlammmassen, welche in der rothen Düna liegen. Der Gedanke diese zu entfernen ist einerseits wegen der grossen Kosten andrerseits aber, weil solche Massen schnell mineralisirt werden, wenn kein neues Material zugeführt wird, vorläufig aufgegeben worden.

Dr. Tiling fragt an, ob die Stromgeschwindigkeit der Düna nicht weit hinter der, anderer Ströme zurückstehe und daher zu befürchten sei, dass der Schmutz nicht genügend fortschwemmt werde.

Dr. Heerwagen giebt zu, dass andere Flüsse wie, z. B. die Elbe wohl einen stärkeren Fall hätten; bei Hamburg spiele auch noch die Ebbe und Fluth mit, dafür sei aber zu bedenken, dass das Quantum an Schmutz welches der Düna zugeführt werde, weit hinter dem anderer Städte des Auslandes zurückstehe, sodass eine Versandung unseres Flusses nicht zu befürchten sei.

Dr. Tiling fragt an, warum die Abwässer nördlich vom Kriegshospital nicht auch in den neuen Canal geleitet würden.

Dr. Heerwagen. Zunächst sind noch zu wenig Ableitungsrohre vorhanden.

Dr. Hehn. Werden auch die Aborte an den neuen Canal angeschlossen werden können?

Dr. Heerwagen: Es ist ein derartiges Project für die ganze Stadt bereits ausgearbeitet, der neue Canal stellt bloss einen Theil dieses Planes dar.

Dr. Engelmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Principien der modernen Gonorrhoebehandlung.»

Nach einer anatomisch-physiologischen Einleitung, in der namentlich die Function des Muskelapparates und ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Urethritis berührt wurde und die Eintheilung der Gonorrhoe in eine Urethritis ant. und post. hervorgehoben wurde, ging Vortr. zur Besprechung der Principien der Gonorrhoebehandlung über.

Vortr. betonte die Nothwendigkeit strengen Individualisirens unter genauer Berücksichtigung der Localisation und Intensität. Die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen Finger's sprechen gegen eine Frühbehandlung der Gonorrhoe bei stürmischen Initialsymptomen, da der Tripperprocess hier in die Tiefe bis an das Bindegewebe vordringt. Für die Frühbehandlung eignen sich nur die subacuten Fälle. Hier sind anfangs nicht Adstringentien, sondern Antiseptica am Platz Bei intensiven Reizerscheinungen ist bis zur Acme rein diätetisch zu behandeln. Die Localbehandlung ist zu sistiren beim Uebergreifen des Processes auf die hintere Harnröhre und beim Eintritt von Complicationen. Sind die acuten Erscheinungen der Urethritis post. rückgängig geworden, so kommen Irrigationen, später Instillationen nach Ultzmann oder Guyon in Betracht. Geheilt ist der Pat. erst wenn eine mehrfache Untersuchung des Secrets auf Gonococcen und Eiterkörperchen negativ ausfällt und derselbe nur noch Schleim und Epithelzellen enthält. Eine noch genauere Diagnose der Localisation und Ausdehnung ist bei der chronischen Gonorrhoe nothwendig, mittelst Knopfsonde, Urethrometer und Endoscop, welches auch in therapeutischer Hinsicht bei circumscripter Erkrankung in der pars. ant. unschätzbare Dienste leisten kann. Für die Behandlung der tieferen Infiltrate, der sogenannten «Weiten Stricturen» kommt die Oberländer'sche Dilatationstherapie in Betracht, wenn sich letztere nicht bei medicamentöser Behandlung resorbiren wollen. Die Sondenbehandlung ist nicht im Stande dasselbe zu leisten, da die Harnröhre in ihren verschiedenen Abschnitten eine sehr verschiedene Dilatabilität besitzt.

Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre mit Betheiligung der prostata, bei Spermatorrhoe und Prostatorrhoe empfiehlt sich die Anwendung des Winternitz'schen Psychrophors. Oberflächliche Erkrankungen sind mit Irrigationen und Instillationen, event. Salbenapplicationen mittelst Tomasoli's Spritze zu behandeln.

Alle eingreifenderen Maassnahmen sind in genügend grossen Pausen vorzunehmen, um die Reaction abklingen zu lassen. Zum Schluss betont Vortr. die Nothwendigkeit genauer Beobachtung, bevor man den Pat. als geheilt entlässt und den Heirathsconsens ertheilt. Wiederholte urethroscopische Untersuchung event. nach Anregung von Secretion durch Lapisinstillation ist unbedingt nothwendig.

Dr. med. Paul Klemm.
d. Z. Secretär.

Auszug aus den Protokollen des Vereins der Aerzte Nordkurlands.

Sitzung vom 19. August 1895 (Talsen).

1) Referat des Herrn Katterfeld-Waldheim: «Ueber die Stellung einiger hervorragender Aerzte und Philosophen zum Hypnotismus».

Referent beginnt mit der Darlegung der Ansichten C. du Prel's, der, weder Arzt noch Philosoph, von den begeisterten Occultisten als grösste Berühmtheit auf diesem Gebiete angesehen wird. C. du Prel vertritt die Ansicht, dass in der Suggestion oft Verbrechen vorkommen, resp. vorgekommen sind, ohne indess einen beglaubigten Fall anführen zu können. Er plaidirt für die Ausbildung der Juristen im Hypnotismus, woraus der Iustiz durch hypnotische Entlarvung von Verbrechern eine erhebliche Erleichterung ihrer Aufgabe erwachsen würde. Schon die von du Prel aufgestellte Bezeichnung «occulte Wissenschaft» weist einen inneren Widerspruch auf, denn die Wissenschaft hat die Aufgabe, Klarheit zu schaffen. Referent berührt drauf das Verhältniss Kant's und Schopenhauer's zu dieser Frage und geht dann ausführlicher auf die Stellung des Physiologen Wilhelm Wundt zum Hypnotismus ein. Nach ihm ist Spiritismus in der Medizin Aberglaube. Er polemisirt gegen die Verquickung des physiologisch begründeten Hypnotismus mit dem Occultismus du Prel's. Hierauf werden die Versuche verschiedener Autoren (Lehmann's,

Preyer's) eine physiologische Erklärung des Hypnotismus zu geben, angeführt. Ferner geht Referent auf die bekannte von Carl Emil Franzos bei 18 hervorragenden Neuropathologen und Naturforschern veranstaltete Enquete über deren Stellung zur Frage der Hypnose ein. Fuchs verneint überhaupt die Existenz des Hypnotismus. Du Bois Reymond und Helmholz stellen sich äusserst sceptisch zur Frage, die übrigen Autoren stehen auf dem Boden der Nancy'er Schule. Die Ansichten über die Frage: «Wer ist suggestibel?» gehen weit auseinander. Nach du Bois Reymond, Mendel, Kahler sind es pathologische Individuen, nach Grützner handelt es sich um latent hysterische Personen. Preyer hält jeden Menschen für suggestibel, nach Eulenburg wären gerade pathologische Individuen der Suggestion unzugänglich. Die Möglichkeit posthypnotischer Suggerirung verbrecherischer Handlungen wird von allen Autoren verneint, am strictesten von Binswanger und Eulenburg, am wenigsten bestimmt von Krafft-Ebing, Preyer und Forell. Die Suggestion par distance, die sog. Telepathie erklären sämmtliche Autoren für Schwindel. Der Verwerthung der Hypnose zu therapeutischen Zwecken räumen den weitesten Spielraum Krafft-Ebing, Preyer und Forell ein. Im Vergleich zu diesen beschränkt Binswanger die Indicationen für die Anwendung des Hypnotismus beträchtlich. Durchaus ablehnend gegen die Verwendung des Hypnotismus in der Therapie stellen sich Meynert, Charcot, Strümpell und Nothnagel.

2) Vortrag des Herrn Israelson-Sassmacken: «Ueber Irrigation des Genitalschlauches vor, während und nach der Geburt».

Während Semmelweiss für eine kleine Anzahl von im Puerperium septisch Erkrankten noch die Selbstinfection annahm, stellte Kaltenbach für die Fälle, welche, ohne kurz vor oder während der Geburt berührt worden zu sein, septisch Erkrankten die Behauptung auf, dass es sich hier um Ausseninfection durch Keime handle, die zu irgend einem Termin der Schwangerschaft in den Genitalkanal gelangt, dort fort vegetiren, um während oder nach der Geburt ihre deletäre Wirkung zu entfalten; die sog. Selbstinfection sei also identisch mit Ausseninfection, welche sich von der während oder nach der Geburt durch Finger und Instrumente gesetzten Infection nur durch den zeitlich getrennten Termin unterscheide. Die Kaltenbach'sche Lehre führte consequenterweise zu den Bestrebungen, die Scheide vor der Geburt gründlich zu desinficiren (Ahlfeld) dagegen sprechen die glänzenden Resultate der Leopold'schen Frauenklinik, in der keinerlei prophylactische Scheidenantisepsis geübt wurde. 1892 stellte Döderlein seine Theorie vom normalen und pathologischen Scheidensecret auf. Während im normalen dank der Anwesenheit eines Milchsäure producirenden Bacillus intensiv sauer reagirenden Scheidensecret eingeführte Keime, besonders die auf alkalischem Nährboden fortkommenden Strepto- und Staphylococcen bald zu Grunde gehen, finden dieselben in dem schwach sauer bis alkalisch reagirenden Scheidensecret, wie solches besonders bei Mehrgebärenden mit patholog. Veränderungen der Genitalien vorkommt, einen ihnen zusagenden Nährboden, von dem aus sie ihre deletären Wirkungen entfalten können. Döderlein stellte nun die Forderung auf, bei physiolog. Geburten ohne Rücksicht auf die Beschaffenheit des Scheidensecrets die Scheidendesinfection zu unterlassen, da selbst bei patholog. Scheidensecret in 5% der Fälle entwickelungsfähige Streptococcen gefunden werden und dieselben auch in diesen 5% bei unberührten Kreissenden wohl nur in den seltensten Fällen in das Uteruscavum gelangen dürften. Bei allen patholog. Geburten, die einen Eingriff in das Uteruscavum erfordern müsse eine gründliche Scheidendesinfection die Uebertragung etwa vorhandener pathogener Keime aus der Scheide in das Cavum möglichst verhüten. Gegen die Döderlein'sche Theorie sprechen die im vorigen Jahre veröffentlichten Resultate der Untersuchungen, denen Krönig das Scheidensecret gravider und Menge das nicht schwangerer Frauen in der Leipziger Universitätsfrauenklinik unterzogen hatten. Diese Resultate gipfeln in den 3 folgenden Thesen: 1) jedes Scheidensecret, auch das sog. pathologische besitzt bactericide Eigenschaften. 2) Es giebt keine Infection im Sinne Kaltenbach's; denn 3) darf die Scheide der Schwangeren als aseptisch angesehen werden, wenn nachweislich 2—3mal24 Stunden seit der letzten inneren Berührung vergangen sind. Die Versuche, die zu diesen Resultaten führten wurden derart angestellt, dass Pyocyaneus, Staphylococcen oder aber Streptococcen in die Scheide gebracht und letzterer in bestimmten Intervallen Secretproben entnommen wurden, welche microscopisch wie auch durch Culturversuche geprüft wurden. Die Selbstreinigungskraft des Scheidensecrets ist eine gesteigerte während der Gravidität dank dem Fortfall des alcalisirenden und verdünnenden Einflusses des Menstrualblutes und des Secretes der Uterusmucosa. Hieraus erklärt sich die stark saure Reaction und die gesteigerte Immunität des Scheidensecrets Gravider gegenüber dem Nichtschwangerer. Infolgedessen stellte Krönig die Forderung auf, von allen antiseptischen Ausspülungen während der Gravidität abzusehen. Wenn gleich diese Forderung Krönig's acceptirt werden darf, ist im Uebrigen der von Krönig bekämpfte Standpunkt Döderlein's, bei operativen Eingriffen in das Cavum die Scheide sorgfältig zu desinficiren, der richtige: einerseits schwindet, sobald sich nach erfolgter Geburt die Lochien dem Scheidensecret beimengen, die bactericide Kraft des letzteren, andererseits nützt der sorgfältig vorgenommene Versuch einer Scheidenantisepsis durch Entfernung beträchtlicher möglicherweise infectiöser Secretmassen, vielleicht auch durch Herabsetzung der Virulenz der Keime. Man darf sich freilich nicht der Illusion hingeben, durch Anwendung der Antiseptica die Scheide sicher keimfrei gemacht zu haben. (Steffek, Schimmelbusch).

Heiss umstritten ist die Frage von der Zweckmässigkeit der Irrigationen des Genitalschlauches bei septisch erkrankten Wöchnerinnen. Während u. A. Fritsch und Runge Anhänger der Localtherapie sind, treten Credé (1886) und besonders Wilhelm Schrader (Volkm. Samml. № 95) für völlige Verwerfung derselben ein. Nicht ganz so apodictisch spricht sich Küstner aus Vortragender steht auf dem Standpunkte seines Lehrers Runge. Bei sorgfältiger Indicationsstellung, Berücksichtigung der Contra-Indicationen und Beherrschung der Technik, auf welche 3 Punkte näher eingegangen wird, ist die Uterusirrigation ein wichtiges therapeutisches Agens. Eine nicht indicirte und ungeschickt ausgeführte Ausspülung kann freilich durch Verallgemeinerung des Localprocesses direct lebensgefährdend wirken. In seiner Polemik gegen die Uterusirrigationen betont Schrader vor allem die Gefahr der Anregung von Uteruscontractionen bei septisch zersetztem Lochial-Secret; man müsse dem Uterusmuskel hierbei dieselbe Ruhe gönnen wie den zu schonenden Muskeln bei Panaritien. Infolgedessen Vermeidung jedes Contractionen erregenden Eingriffes, Verzicht auf die Localtherapie selbst nach Entfernung stinkender Placentar-Reste. Er betont, dass bei Lochiometra im patholog. abgeknickten Uterus Fieber-dadurch auftritt, dass die sich ansammelnden Lochien machanisch Wehen erregen welche zur Resorption der Secretmassen führen. Durch einfaches Aufrichten des Uterus entfernt er dieselben und erzielt dadurch Temperaturabfall. Sonst habe sich die Therapie auf allgemeine diätetische Massnahmen sowie auf Herabsetzung der verhängnisvollen Wehenthätigkeit durch Opium und Morphium zu beschränken. Aber gerade obige Behauptung Schrader's, welche die Wichtigkeit der Entfernung der Secretmassen illustrirt, spricht nicht gegen, sondern für die Berechtigung der Uterusausspülungen. Unzweifelhaft kann auch bei normaler Lage des Uterus Secretstauung im Cavum zu Stande kommen (obturirende Decidua-Fetzen und Blutcoagula). Eine sachkundig ausgeführte Ausspülung mit indifferenttemperirter antiseptischer Flüssigkeit bei geringer Fallhöhe hat keine irgend wie in Betracht kommenden contractionserregenden Wirkungen. Ausser dem Entfernen Wehen erregender und toxisch wirkender Secretmassen, was ja auch Schrader als nöthig anerkennt, erreichen wir durch die Uterusirrigationen vielleicht die Entwickelung pathogener Bacterien hemmende und deren Virulenz herabsetzende Wirkungen, besonders bei Verwendung des Lysol's, bei dessen grosser Flächenadhäsion immerhin Theile der Spülflüssigkeit in den Falten der Schleimhautwülste und in den Drüsenöffnungen zurück gehalten werden dürften. Der meist wie beim Experiment erfolgende zuweilen definitive Temperatur-Abfall tritt nicht, wie Schrader durchaus willkürlich behauptet, trotz sondern infolge des Eingriffes ein. Auch bei der Behandlung des Panaritiums werden wir einer vorsichtigen Wundirrigation und des antiseptischen Verbandes nicht entraten wollen. Besonders ausfürlich geht Schrader auf die sog. «übeln Zufälle» ein, ohne indess für das Zustandekommen derselben eine plausiblere Theorie als die bisher aufgestellten bieten zu können. Diese immerhin äusserst selten vorkommenden und fast stets glücklich verlaufenden «übeln Zufälle» bei den Uterusirrigationen dürften dieselben am allerwenigsten discreditiren. Wenn Schrader schliesslich gegen die Scheidenspülungen anführt: «Wir wissen durch Döderlein's Forschungen, dass das Menschengeschlecht auch Freunde in der Bacterienwelt hat, nämlich den oben angeführten Milchsäurebacillus, welcher die Streptococcen in wenigen Tagen unschädlich macht und dem wir durch die Irrigationen jedenfalls die Existenz und das genügende Aufkommen erschweren», so wird Schrader die traurige Erfahrung nicht erspart bleiben, dass Freunde nur zu oft dann versagen, wenn wir ihre Hülfe in Anspruch nehmen wollen, denn derselbe eben citirte Döderlein betont ja, dass das Lochialsecret diese Freunde hinwegschwemmt, recte die bactericide Wirkung des Scheidensecrets paralysirt. Wenngleich also die Schrader'sche Polemik den bei strenger Indicationsstellung technisch tadellos ausgeführten Uterusausspülungen die Berechtigung nicht verkümmern kann, ist sie durchaus für diejenigen beherzigenswerth, welche bei jeder Temperatursteige-

rung über 38° sofort zum Uteruskatheter greifen. Die Lectüre der Schrader'schen Arbeit wird zu doppelter Vorsicht und strengster Selbstkritik von neuem anregen.

(Autoreferat).

Discussion:

Herr Meyer-Popen führt an, dass das Aufrichten des Uterus, welches bei der Abknickung desselben nothwendig wird und auf das Schrader besonders hinweist doch auch Contractionen auslöst und zwar gewiss nicht minder starke als das vorsichtige Einführen des Uterusrohres. Nur müsse man dicke Katheter nehmen, da solche leichter als dünne in das Cavum gleiten.

Herr Katterfeld-Waldheim weist auf den von weil. Collegen Helling angegebenen mit einer Rolle als Rücklauf versehenen Katheter hin, der leichter zu desinficiren sei, als der Bozeman.

Vortragender weist nochmals auf die beherzigenswerthen Seiten der Schrader'schen Schrift hin, besonders auf die berechtigten Angriffe Schrader's auf die Aetzungen der Puerperal-Geschwüre und das Maltraitiren der Nahtwunde durch Desinfectionsversuche derselben.

Sitzung vom 20. August.

1) Vortrag des Herrn Kupffer-Goldingen: «Ein Fall von Hyoscin-Vergiftung».

Vortragender geht zunächst auf die Chemie des Hyoscin's das von E. Schmidt im Jahre 1892 als verunreinigtes Scopolamin erkannt wurde, ein. Die Aufmerksamkeit der med. Welt wurde durch die unter Kobert in Dorpat 1886 geschriebene Dissertation von A. Sohrt auf dieses Mittel gelenkt. Nach Kobert sind die peripheren Wirkungen, d. h. Lähmung der Hemmungsapparate des Herzens, der Endigungen des Lungen-Vagus, der Adaptions- und Accomodations-Apparate des Auges, der Drüsensecretion, der motorischen Nervenapparate in der platten Muskulatur besonders des Darmes qualitativ denen des Atropin's durchaus ähnlich: nur tritt beim Menschen oft keine Pulsbeschleunigung auf. Die centrale Wirkung dagegen weicht von der des Atropin's beträchtlich ab, indem durch das Scopolamin die Erregbarkeit der Hirnrinde nicht nur nicht, wie bei dem Atropin gesteigert, sondern stark herabgesetzt wird. Die Maximaldosis des Scopolamin's, des stärksten therapeutischen Giftes, beträgt nach der russischen Pharmacop. ½ millgr. In Deutschland hat man bis zu 1 millgr. verwendet. Nach Dornblüth wirkt es subcutan doppelt so stark wie intern. Beim Menschen treten nach 0,0005—0.001 nach 3—10 Min. Schwere im Kopf, in den Gliedern, Wärmegefühl, Trockenheit im Schlunde, Mydriasis, Accom.-Störungen, Schwindel, Schlummer mit häufigem Erwachen, Hallucinationen und Schlaf ein. Konrad und Otto Klinke beobachteten Pulsverlangsamung, dagegen Vortragender in seinem Vergiftungsfalle Beschleunigung. Ausgeschieden wird Scop. durch den Harn. Therapeutisch wurde Scop. verwendet gegen die Schweisse der Phthisiker, bei Tuss. convuls., Asthma bronch. und verschiedenen Neurosen wie Chorea, Paralysis agitans, bei letzterem von Erb mit gutem Erfolg; ohne diesen gegen Epilepsie. Die Publicationen aus der Dorp. Augenklinik von Rählmann und seinen Schülern haben dem Scop. das Bürgerrecht in der Ophthalmologie verschafft. Nach Rählmann wirkt es auf die Pupille und Accom. 5 mal stärker als Atropin. Synechien, die dem Atropin widerstehen, werden durch Scop. 1: 1000 oft noch gelöst. Erforderlichenfalls kann die Dosis noch verstärkt werden. Neben der Ophthalmologie hat das Scop. eine grosse Bedeutung als Sedativum in der Psychiatrie. Dornblüth hat es in 1168 Fällen erfolgreich intern in Dosen von 1—2 millgr., Konrad in 100 Fällen subcut zu ½—1 millgr. im Erregungsstadium bei acut. und chron. Manie, hallucinator. Verrücktheit angewendet. In den von ihm behandelten Fällen wendete Vortragender das Mittel intern und da die Wirkung nur 1½—2 Stde. anhielt, später subcutan an, wobei Dosen von 0,0001—0,0003 meist eine starke ruheschaffende Wirkung entfalteten, bei einem an chron. Manie leidenden bereits nach 3 Min. und zwar für 4 Tage. Es machte den Eindruck, als ob der Kranke seelische Qualen litt und Hallucinationen hatte; die Ruhe schien eine erzwungene, gleichsam, als ob alle Glieder gelähmt wären. Dornblüth leugnet im Gegensatz zu Konrad eine Gewöhnung an das Mittel, jedoch schien es auch Vortragendem, dass eine solche einträte. Bei seiner verschieden starken Wirkung und seiner enormen Giftigkeit sollte das Scop. nur im Krankenhause angewendet werden. Contraindicirt ist es nach Remadier und Seriense bei acuten Psychosen, cachekt. Individ., Morbus Brighti und Herzkrankheiten.

In dem vom Vortragenden beobachteten Vergiftungsfalle handelte es sich um einen jüdischen Schneider von kräftiger Natur und guter Ernährung, der nach starker Aufregung infolge misslicher Familienverhältnisse zu toben begann. Er erhielt, da er durch nichts zu beruhigen war, in einem Cubikcentm. einer versehentlich 10 mal zu stark verschriebenen Lösung 5 millgr. Hyoscin, also das Zehnfache der Maximaldosis. Momentan fiel der Kranke bewusstlos zusammen, es trat Kieferklemme ein, so dass ein Kiefersperrer zwischen die Zähne geschoben werden musste. Schaum trat vor den Mund, die Athmung stockte und zwar so, dass sie in der Exspiration stehen blieb. Sie wurde daher künstlich fortgesetzt. Pupillen erweitert ohne Reaction, Corneal-Reflex total erloschen, Lippen, Nägel stark cyanotisch, fibrilläres Zittern sämmtlicher Muskeln, dazwischen Tetanus derselben. Die Haut vollständig trocken, Puls kolossal schnell, fliegend. Nachdem 4 Stunden ununterbrochen künstliche Athmung gemacht worden war, während dessen mehrere heisse Bäder mit kühlen Uebergiessungen und Einwickelungen gegeben, mehrere Spritzen Aether sulf., Ol. camphor und eine Lösung von Cof. natr.-benz injicirt wurden, einmal katheterisirt wurde, trat endlich spontane Athmung ein, der Corneal-Reflex wurde wieder nachweisbar, Puls voller und auf Anrufen wurde der Kopf etwas bewegt, doch sehr mühsam. Die anderen Gliedmassen waren wie gelähmt. Eine Stunde später schlug der Kranke die Augen auf, antwortete auf Fragen, doch verworren. Hierauf tiefer 5stündiger Schlaf mit starker Transpiration, beim Erwachen heftige Kopf- und Gliederschmerzen, grosse Mattigkeit. Von da ab ungestörte Reconvalecenz, nur dass Patient noch lange Zeit über ein eigenes Gefühl im Kopfe klagt, als ob Wasser darin wäre. Dieser Fall zeigt von wie verschieden starker Wirkung das Hyoscin sein kann: trotz 10facher Maximaldosis blieb Patient doch am Leben, wenngleich die angeführten, äusserst bedrohlichen Erscheinungen dafür sprechen, dass ohne sofortige ärztliche Hülfe bestimmt der Tod eingetreten wäre.

Discussion:

Herr Wagner-Zabeln wendet seit den Publicationen Rählmann's statt Atrop. ausschliesslich Scop. an, findet aber, dass die Wirkungsdauer des letzteren eine viel kürzere sei; die 1‰ Scop.- Lösung scheint ihm in der Wirkungs- Intensität einer 1% Atrop.- Lösung nicht analog zu sein; er verwendet daher eine doppelt so starke Lösung, also 1:500 Hiervon gab er in einer Stunde 5—8 Tropfen, ohne je Vergiftungserscheinungen gesehen zu haben. Im Gegensatz zu Atropin wirkt Scop. keine Reizwirkung auf die Conjunctiva aus.

Herr Katterfeld betont wegen der kürzeren Wirkungsdauer die Brauchbarkeit des Scop. als Mydriaticum für diagnostische Zwecke bei der ophthalmoscop. Untersuchung.

Herr Israelson weist für diese Zwecke auf das noch kürzer wirkende Homatropin hin. Das Scop. ist bei alten Leuten, bei denen wegen der Gefahr eines Glaucom-Ausbruches Atropin nur mit äusserster Vorsicht zu gebrauchen ist, bei vorliegender Indication für ein Mydriaticum dem Atropin, vorzuziehen, da Scop. nach Rählmann bei Glaucom keine Drucksteigerung macht. Inbetreff der strittigen Scop.-Wirkung auf die Puls-Frequenz unterscheidet sich seine Wirkung von der des Atropin's dadurch, dass es im Gegensatz zu diesem in kleinen Dosen die Puls-Frequenz herabsetzt. Grössere Dosen wirken aber gerade so wie das Atropin pulsbeschleunigend, was ja auch der eben referirte Vergiftungsfall beweist.

Herr Herzberg-Goldingen hat in einem Falle von Paralysis agitans Hyoscin ohne Erfolg angewendet; bei Brom-Gebrauch befand sich Patient weit wohler.

Herr Meyer führt an, dass Scop. auch gegen Delir. tremens empfohlen wurde.

2) Herr Katterfeld referirt über eine von ihm im Auftrage des Vereins abgefasste in lettischer Sprache zu edirende populär gehaltene Schrift: «Ueber das Wesen und die Verhütung der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Hygieine in den landischen Schulen». Die Schrift soll zum Besten des Kurl. Lepra-Vereins herausgegeben werden.

Sitzung vom 9. December 1895.

Vortrag des Herrn Dr. Erdberg: «Zur Casuistik der Serum-Therapie bei Diphtheritis».

Der Vortrag erscheint in der Petersburger med. Wochenschrift.

Discussion:

Herr Bürger-Kabillen fügt den 13. von Herrn Erdberg referirten Fällen einen weiteren hinzu. Es handelt sich um ein schwächliches anämisches Kind von 4 Jahren mit starken diphtheritischen Belägen auf den Tonsillen und der hinteren Rachenwand, mässiger Temperatursteigerung bei 140 Pulsen. Ordination: Priessnitz, Pinselungen mit Löffler'scher Lösung, intern Kali chlor. Tags darauf Beläge auf der Uvula und den Gaumenbögen. Am 4. Tage Heiserkeit, am 5. Tage hochgradige Stenose. Am nächsten Tage Injection von 1500 Antitoxin-Einheiten. (Behring № III). Tracheotomie verweigert. Tags darauf Zunahme der Stenose, Cyanose, Somnolenz, Exitus. Eine beginnende Membranlösung war in der kurzen Frist seit der Injection nicht zu constatiren.

Ferner referirt Herr Bürger im Auftrage von Herrn Kupffer über 3 von letzterem mit Heilserum behandelte Fälle.

1) 3jähriges Kind, 5. Krankheitstag, Rachen- und Kehlkopf-Diphtheritis, hochgradige Stenose; Injection von 10 Cbctm. (Schering № II). Exitus nach 3 Tagen.

2) 1½jähriges Kind, 2. Krankheitstag, Stenose, Injection von 10 Cbctm. (Schering № II). Exitus nach 24 Stunden.

3) 12jähriger Knabe, 3. Krankheitstag, Belag auf der linken Mandel, Diagnose in dubio. Injection Behring № II Tags darauf Belag stark abgenommen, über den ferneren Verlauf keine Nachricht.

Herrn Sadikoff-Talsen fällt es auf, dass keiner der vom Vortragenden angeführten Fälle Eiweiss im Urin aufweise.

Herr Erdberg: Für die Prognose kommt nicht so sehr das Vorkommen von Eiweiss, sondern vor allem der Puls in Betracht. (Ueber 130).

Herr Israelson führt die Grawitz'sche und die Poehl'sche Theorie an, welche dem Heilserum eine specifische Wirkung absprechen. Ferner hält er neben der Anwendung des Heilserum für besonders wichtig die Hydrotherapie behufs Erzielung von Transpiration und Belebung der Herzthätigkeit.

Herr Krüger-Talsen ist mit dem Resultat von Liqu. ferr.-Pinselungen sehr zufrieden; ihm schliesst sich auch Herr Bürger an.

Vorsitzender: Dr. Meyer.
Secretair: Dr. Israelson.

Vermischtes.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit bittet uns mitzutheilen, dass sie auch in diesem Jahr in «Staraja Russa» Heilcolonien für Kinder organisiren wird. Angenommen werden Kinder beiderlei Geschlechts im Alter von 14—16 Jahren mit folgenden Krankheiten: Scrophulose, Rheumatismus, Gelenkkrankheiten, allgemeiner Ernährungsstörung, Uebermüdung, und Neurasthenie. Die Pensionszahlung für den ganzen Sommer beträgt 70 Rbl. Stipendiaten der Gesellschaft und Kinder, die nur 30 Rbl. zahlen können, können nur in begrenzter Anzahl aufgenommen werden. Bittschriften sowie Geldbeiträge zur Vergrösserung der Stipendiatenzahl sind zu richten an die Canzellei der Gesellschaft (СПБ. Дмитровскій пер. 15.) oder an Dr. van Puteren (Мойка 52). Die Anmeldungen sind bis zum 1. Mai zu machen.

— Seine Majestät der Kaiser hat auf das allerunterthänigste Gesuch des Curators des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna S. Grossherzoglichen Hoheit des Herzogs Georg Georgiewitsch von Mecklenburg-Strelitz Allerhöchst dem genannten Institut des Prädicat «Kaiserlich» zu verleihen geruht

— Der Privatdocent für interne Medicin an der militär-medicinischen Academie, Dr. J. F. Raptschewski, ist zum beständigen Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités ernannt worden.

— Dr. Boris Werchowski, welcher soeben von seiner Studienreise aus dem Auslande zurückgekehrt ist, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-med. Akademie als Privatdocent für Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten an der genannten Academie habilitirt.

— Docent Dr. Hans v. Hebra, Vorstand der Section für Hautkrankheiten und Syphilis an der Allgemeinen Poliklinik in Wien, ist zum ausserordentlichen Professor der Dermatologie an der Wiener Universität ernannt worden.

— Dem Privatdocenten der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Breslauer Universität, Dr. Joh. Pfannenstiel, ist der Professor-Titel verliehen worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Wien hat die Professoren Behring (Marburg), Hegar (Freiburg) und Hering (Leipzig) zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der bekannte deutsche Laryngologe Dr. Felix Semon in London ist von der italienischen Gesellschaft für Laryngologie zum Ehrenmitglied ernannt worden.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Verstorben: 1) In Tscheboksari (Gouv. Kasan) der dortige Stadtartz Anatol Nekrassow im 46. Lebensjahre. Trotz 20-jähriger praktischer Thätigkeit hat der Verstorbene seine alte Mutter und 2 unmündige Kinder ganz mittellos hinterlassen. 2) Am 1. März in Birsk (Gouv. Ufa) der Landschaftsarzt Const. Schljachtin, der erst im vorigen Jahr den Cursus an der Kasanschen Universität absolvirt hatte. Nachdem er kurze Zeit als Ordinator an der geburtshülflichen Klinik in Kasan fungirt, übernahm er die Landschaftsarztstelle seines Freundes, der an Flecktyphus gestorben war, erkrankte aber sehr bald selbst an dieser Krankheit, welcher er nach kaum 2 monatlichen Dienst erlag. 3) In Margelan (Ferghanagebiet) der Militärarzt Nicolai Radugin im 33. Lebensjahre an Phthisis. Der Hingeschiedene hat seine Frau mit 3 unmündigen Kindern ohne jegliche Existenzmittel zurückgelassen. 4) Am 29. März n. St. in Wien der berühmte Gynäkologe und ehemalge langjährige Professor der Geburtshülfe an der Wiener Universität, Hofrath Dr. Joseph Späth, an einer Lungenentzündung im Alter von 74 Jahren. Mit Prof. Späth ist eine Koryphäe aus der Glanzzeit der Wiener medicinischen Facultät hingegangen. Im Jahre 1886 schied er aus seiner Stellung wegen eines Augenübels, das später Erblindung zur Folge hatte. Ausser mehreren Lehrbüchern über Geburtshülfe und Gynäkologie, von denen das mit Scanzoni herausgegebene das berühmteste ist, veröffentlichte er noch werthvolle medicinisch-statistische Arbeiten.

— Zu dem Personal der Sanitätsabtheilung, welche vom russischen «Rothen Kreuz» nach Abessinien geschickt wird, gehören auch, wie der «Wratsch» mittheilt, vier Studenten der militär-medicinischen Akademie: Kretschunesko, Müller, Schtschussew und Fedorow.

— Die Frage bezüglich der Eröffnung einer medicinischen Facultät in Odessa ist am 14. März in letzter Instanz vom Reichsrath in positiven Sinne entschieden worden. Zum Bau der Kliniken mit insgesammt 175 Betten sind 1,400,000 Rbl. bewilligt worden.

— Die Gesammtzahl der Studirenden (Mediciner) an der Universität Tomsk betrug am 26. Februar d. J. 406. Dazu kamen noch 18 freie Zuhörer.

— Die Einführung des neuen Ustaw's für die Heilanstalten und Hospitaler ist, wie verlautet, in Folge der zahlreichen Gesuche und Proteste von Landschaften und städtischen Communen auf unbestimmte Zeit vertagt worden.

— Der Professor der militär-medicinischen Academie Dr. Bystrow (Pädiater) hat, wie der «Wratsch» erfahrt, der Gesellschaft zur Unterstützung hülfsbedürftiger Studenten der genannten Academie 300 Rbl. übersandt, welche von ihm zur Bezahlung der restirenden Collegiengelder für 10 Studenten bestimmt sind. Zugleich hat er versprochen, in nächster Zeit ein Kapital von 5000 Rbl. bei der obigen Gesellschaft zu deponiren, dessen Zinsen alljährlich ebenfalls zur Zahlung von Collegiengeldern für arme Studenten der Academie verwandt werden sollen. Zu gleichem Zweck sind auch in dem Hauptcomptoir der «Nowoje Wremja» gegen 700 Rbl. eingeflossen.

— In der Kiew'schen chirurgischen Universitätsklinik ist, wie Kiewer Blätter berichten, ein Fall von Chloroformtod bei einem 23 jährigen jungen Mann vorgekommen, der wegen beabsichtigter Zahnextraction auf eigenen Wunsch chloroformirt wurde. Da die Mutter des Verstorbenen den älteren Ordinator und drei Aerzte, welche bei der Operation betheiligt waren, beschuldigte, dass sie den chronischen Herzfehler bei ihrem Sohne ausser Acht gelassen hätten, so wurde eine gerichtliche-medicinische Obduction vorgenommen, welche aber keinerlei Abnormitäten am Herzen ergab.

— Es ist uns die erste Nummer einer neuen Zeitschrift zugegangen, welche unter den Titel «Berliner Aerzte-Correspondenz» als Organ des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine im Verlage von Oscar Coblentz (Berlin) 2 mal monatlich erscheinen wird und die Währung und Mehrung des Ansehens des ärztlichen Standes durch gemeinsame Pflege seiner ethischen und wirthschaftlichen Interessen sich zum Ziel gesetzt hat. Die Redaction der neuen Zeitschrift hat Dr. Heinrich Joachim in Berlin übernommen.

— Auszeichnung: Der seit 40 Jahren bestehenden, weit und breit bekannten Mineralwasser-Firma Heinrich Mattoni in Giesshübl, Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien und Budapest, wurde die Auszeichnung zu Theil, den Kaiserlichen Adler in der Firma und im Siegel führen zu dürfen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. März d. J. 8845 (267 mehr als in d. Vorw.), darunter 1497 Typhus — (237 wen.), 722 Syphilis — (21 wen.), 217 Scharlach — (4 mehr) 46 Diphtherie — (0 wen.), 111 Masern — (14 wen.), und 39 Pockenkranke — (6 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. März 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
400	368	768	137	77	168	19	11	37	77	57	56	37	49	27	13	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 42, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 38, Scharlach 22, Diphtherie 17, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 48, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 2, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 2. April 1896.

Tagesordnung: Dr. Högerstedt: Ueber Pericarditis suppurativa influenzosa.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 8. April 1896.

Tagesordnung: Dr. Jalan de la Croix: Milzabscess nach Typhus abdominalis.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze**, Фонтанка № 137, кв. 119.
Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34 кв. 13.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Дозв. ценз. Спб. 30 Марта 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 6. (18.) April 1896

Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach dem Diabetes mellitus und der Glycosurie [1]).

Von

Dr. med. J. Wellberg (Moskau).

M. H. Jeder Arzt kann unter seinen Kranken Diabetischen begegnen. Der Diabetes ist ja eine so eigenthümliche Krankheit, welche sich häufig hinter Symptome versteckt, die sehr wohl ein anderes, gut charakterisirtes Krankheitsbild abgeben können und daher auch häufig anders, als es ihnen im Grunde zukommt gedeutet werden. Diabetiker wenden sich häufig erst an Specialisten für Augenkrankheiten, Nervenkrankheiten, Hautkrankheiten, Zahnkrankheiten u. a., bevor sie den Internisten anheimfallen. Von diesen Specialisten werden sie auch häufig genug als Diabetiker entlarvt, obgleich sie nur über ihr lästiges Hautjucken, ihre Furunkel, ihr Eczem, ihre Balanitis, ferner über ihre Ischiadicus- und Trigeminus-Neuralgieen, ihr hartnäckiges Kopfweh und ihre andauernde Schlaflosigkeit, sowie über fortschreitende Verschlechterung ihres Sehvermögens und über das Lockerwerden der Zähne zu klagen haben. Sehr häufig, sage ich, wird die Grundkrankheit, der Diabetes, zuerst von solchen Specialärzten erkannt, — noch häufiger aber bleibt sie unerkannt, eben weil andere wohlcharakterisirte und selbstständige Krankheiten vorzuliegen scheinen. — Der Diabetes ist ja keine sehr häufige Krankheit — gute Statistiken liegen darüber nicht vor, sind auch schwer zu gewinnen —, aber er ist auch keine sehr seltene Krankheit, und — meiner Ueberzeugung nach — würde man ihn noch häufiger finden, wenn man nur bei jedem Patienten, der sich einem vorstellt, den Urin auch auf Zucker untersuchen wollte. Häufig genug wird ja der Diabetes auf diese Weise ganz zufällig entdeckt, und wenn ich meine eigenen Erfahrungen hier anführen darf, ist es mir hier in Moskau schon viele Mal so gegangen. Ueber zwei solcher Fälle, die für mich ein besonderes Interesse hatten, werde ich am Schlusse referiren.

[1]) Nach einem im Verein practischer Aerzte zu Moskau am 16. Januar 1896 gehaltenen Vortrage.

Der Diabetes ist aber auch eine sehr interessante Krankheit — und nicht nur, weil er schon den ältesten medicinischen Schriftstellern bekannt war — die ihm auch den Namen Diabetes — (von διαβαίνειν = durchfliessen) gegeben haben —, sondern auch, weil über keine Krankheit mehr bei Thier und Mensch experimentirt worden ist, als über Diabetes. — Obgleich so alt, älter als unser Jahrhundert, — fällt die zielbewusste, wissenschaftliche Forschung über das Wesen des Diabetes erst in die Mitte unseres Jahrhunderts. Aber die allerbesten Früchte auf diesem Gebiete haben erst die Arbeiten der letzten 4—5 Jahre gezeitigt. Daher erscheint es mir gerechtfertigt und, ich hoffe, m. H., für unseren Kreis hier auch interessant genug, die wissenschaftlichen Ergebnisse der letzten Jahre kurz zusammenzufassen und über den gegenwärtigen Stand der Frage nach dem Wesen des Diabetes mellitus und der mit ihm verbundenen Glycosurie etwas zu sprechen.

Berühmt und allen Aerzten bekannt ist die Claude-Bernard'sche «Piqûre», vom Jahre 1849, — der Zuckerstich am Boden des 4. Hirnventrikels. — Er hat aber unsere Einsicht in das Wesen des Diabetes nicht gefördert, — jedoch zu zahlreichen Untersuchungen über künstlichen Diabetes Anlass gegeben, und diese haben uns schliesslich doch einen gewissen Einblick in das immerhin noch recht räthselhafte Wesen des menschlichen Diabetes gewährt, — einen Fingerzeig geboten, mit dem sich nun schon eher weiter fühlen lassen wird.

Bald nach seiner Piqûre machte Claude-Bernard noch die Entdeckung, dass auch nach Vergiftung mit Curare Zucker in dem Urin ausgeschieden wird. — Die Forschung wandte sich nun mit grossem Eifer dieser Erzeugung des künstlichen Diabetes zu, und im Laufe der Jahre ist eine grosse Anzahl von Eingriffen bekannt geworden, die bei Thier und Mensch Glycosurie bewirken. So z. B. die Zerstörung der Ganglien des Hals-

sympathicus und des Sympathicus überhaupt, Verletzungen mancher Stellen des Grosshirns, Mittelhirns und auch Kleinhirns, — auch sehr schmerzhafte Erregungen peripherer Nerven u. s. w. Ueberhaupt scheint es möglich, durch plötzliche und starke Reize auf das Nervensystem, einerlei von welcher Stelle aus, Glycosurie auszulösen. — Und ebenso, wie durch Curare, gelang es durch Amylnitrit, Strychnin, Morphin, durch CO und noch manche andere Gifte Glycosurie zu erzeugen.

Für alle diese Experimente war aber das charakteristisch, dass sie einmal immer nur eine vorübergehende, nur etliche Stunden anhaltende Glycosurie hervorriefen, — und zweitens dass sie das nur dann thaten, wenn der Organismus vorher reich an Zucker war, d. h. physiologisch gesprochen, wenn in seinen Zuckerreservoirs viel Glycogen enthalten war. Glycogen ist ja der im Körper zurückgehaltene, im Ueberschuss vorhandene Zucker, und die Glycogenreservoirs sind die Leber und die Muskeln. — Wir wissen, dass gesunde Menschen nach Genuss von Brod, Kartoffeln, Süssigkeiten und anderen Kohlehydraten keine Glycosurie bekommen, eben weil die Glycogenreservoirs sich des Zuckers, soweit er nicht im Augenblick zur Erzeugung von Wärme und lebendiger Kraft nöthig ist, bemächtigen. Bei der Claude-Bernardschen Piqûre nun, wie bei allen anderen angeführten experimentellen Eingriffen, trat nur dann Zucker im Harn auf, wenn die Leber glycogenreich war; war sie dagegen glycogenfrei oder auch nur glycogenarm, was bei schlecht genährten, körperlich heruntergekommenen Individuen der Fall ist und bei Thieren durch längeren Hunger, Abhetzen und durch einen ausgiebigen Aderlass zu erzielen ist, — so blieb die Glycosurie aus. Und wenn man nach Ablauf dieser Experimente (mit positivem Ausfall) die Leber auf Glycogen untersuchte, so fand man sie auch immer glycogenfrei resp. glycogenarm. Für die Piqûre hatte das auch schon Claude-Bernard gezeigt. Diese Versuche lehrten also, dass sie alle durch Verdrängung des vorgebildeten Glycogens aus seinen Lagerstätten, hier speciell aus der Leber, erst Hyperglykämie und als deren Folge Glycosurie veranlassten. Nun wurde es auch verständlich, warum bei glycogenarmer Leber die Eingriffe unwirksam blieben und warum die Glycosurie immer nur so kurze Zeit gedauert hatte, eben nur so lange, bis der ins Blut gedrängte Zucker verbrannt war.

Aber bei allen diesen Experimenten kann man nur bei der Piqûre a priori auf einen positiven Ausfall rechnen; macht man sie kunstgerecht, so soll immer Zucker im Harn danach auftreten. Bei den anderen allen soll das durchaus nicht der Fall sein, ohne dass man sagen kann, warum einmal der Ausfall ein positiver, ein andermal ein negativer ist. Das stimmt auch gut zu unseren klinischen Beobachtungen am Menschen; da sehen wir manchmal nach Commotio cerebri, nach Apoplexieen und dergl. Zucker im Urin auftreten, ein andermal nicht, — warum? können wir nicht sagen, — die Dinge scheinen in beiden Fällen genau dieselben zu sein. Man muss also sagen, dass die einfache Verletzung, das acute Trauma irgendeiner Stelle des Nervensystems an sich noch nicht genügt, um Glycosurie hervorzurufen, — es müssen da noch Momente mit ins Spiel gesetzt werden, die wir mit unseren experimentellen Eingriffen nicht jedesmal treffen, — es sei denn mit der Claude-Bernardschen Piqûre. Weil nun in einigen Fällen die klinische Beobachtung am Menschen sich mit den Ergebnissen des Thierexperimentes deckte, hat man sich auch für die menschliche Pathologie davon überzeugen wollen, ob nicht die Insufficienz der Glycogendepots beim Zuckerharnen eine ursächliche Rolle spiele, und hat zu diesem Zwecke Kranken grössere Mengen Traubenzucker verabreicht. Nach 180,0 Traubenzucker bekommt jedermann, auch der Gesunde, vorübergehende Glycosurie, — weil dadurch die Glycogendepots mit Zucker sozusagen überfluthet werden, — sie erweisen sich als zu enge für die herandrängende Masse, und das Zuviel geht durch die Nieren wieder ab. Bei 150,0 aber bekommt ein Gesunder nie Glycosurie, mit dieser Menge wird der normale Körper immer gut fertig. Das war bekannt. Man gab nun bei verschiedenen Krankheiten den Kranken 150—180,0 Traubenzucker und sah nun zu, ob und wann bei ihnen die Glycosurie auftrat. — Die an diese klinischen Untersuchungen geknüpften Erwartungen haben sich aber nicht erfüllt, — es zeigte sich im Grossen und Ganzen schliesslich, dass die verschiedenen Kranken die ihnen gereichten Zuckermengen kaum schlechter assimilirten als die Gesunden. Von Nervenkranken sah man nur bei denen mit Morbus Basedowii eine leichtere Entstehung dieser «alimentären» Glycosurie, — von Leberkranken so gut wie bei gar keinen. Das ist sehr bemerkenswerth, denn die Leber ist doch das Hauptzuckerdepot im Körper, in zweiter Linie erst stehen die Muskeln. Auch die späteren Beobachtungen und Erfahrungen haben gelehrt, dass selbst schwerste Erkrankungen der Leber mit den gröbsten anatomischen Veränderungen keine spontane Glycosurie bewirken und nur sehr selten eine dazu noch ganz unbedeutende künstliche (alimentäre) hervorrufen liessen.

Es war also nicht gelungen, eine Insufficienz der Glycogendepots klinisch nachzuweisen. Man hat auch alle derartigen Versuche als zu keinem Ziele führend wieder ganz aufgegeben, aus ihnen aber doch den wichtigen Schluss gezogen, dass der Verbrauch der Kohlehydrate im Körper nicht an die Integrität der Leber gebunden ist. Daher ist man dann auch davon abgekommen, den Diabetes für eine Krankheit der Leber zu halten.

Mehr Aussicht auf Erfolg, das Geheimniss des Diabetes zu lüften, bot die Entdeckung von Mering's aus dem Jahre 1886, nämlich die Glycosurie nach Phloridzin-Vergiftung. Phloridzin ist ein Glycosid, «das sich in der Wurzelrinde der Apfel-, Birnen- und Kirschbäume findet; es löst sich schwer in kaltem Wasser, leicht in verdünnten Alkalien und zerfällt beim Kochen mit verdünnten Säuren in Glycose und Phloretin» (v. Mering).

v. Mering zeigte, dass durch interne und subcutane Darreichung von Phloridzin es gelingt, Thiere, hauptsächlich Hunde, hochgradig diabetisch zu machen. Solch ein Urin kann 10 % und mehr Zucker enthalten. Der Zucker trat auch dann auf, wenn die Thiere vorher gar keine Kohlehydrate mit der Nahrung erhalten hatten, auch wenn sie vorher lange gehungert hatten — also auch unter Umständen, wo ihre Leber und ihre Muskeln nur Spuren von Glycogen enthalten konnten. v. Mering hat das Phloridzin auch Menschen gegeben. An seinen Hunden hatte er nämlich die Beobachtung gemacht, dass die Phloridzin-Vergiftung deren Allgemeinbefinden in keiner Weise störe, und daraufhin riskirte er es, wie er selbst sagt, einem mit Sarcom der Achselhöhle behafteten Manne — «in der Hoffnung, dass der Tumor dadurch günstig zu beeinflussen sei» — zweimal täglich je 1,0 Phloridzin subcutan einzuverleiben. Der Mann schied pro Tag fast 100,0 Zucker aus, fühlte sich dabei aber wohl; sein Sarcom schwand nicht — dagegen bald nach dem Aussetzen des Mittels der Zucker aus dem Urin. — Ferner hat auch schon v. Mering constatirt, dass der Zuckergehalt des Blutes bei Phloridzin-Diabetes vermindert ist. Das ist aber schon ein ganz auffallender Unterschied gegen den spontanen Diabetes, bei dem der Zuckergehalt des Blutes doch stets ein abnorm hoher ist. Auch beim künstlichen Diabetes nach der Piqûre und nach der Ueberfütterung mit Zucker geht mit der Glycosurie im

mer eine Hyperglykämie Hand in Hand, — das eine ist ja die Folge des anderen. Ausserdem sahen wir ja, dass der künstliche Diabetes nur bei zuckerreichen Glycogendepots zu Stande kommt. Die Phloridzin-Vergiftung dagegen liefert immer und unter allen Umständen Zucker, entzieht ihn zunächst rasch dem Blute, dann den Glycogenreservoirs, und selbst wenn diese leer geworden sind, und wenn auch mit der Nahrung kein Zucker mehr dem Körper zugeführt wird, — selbst dann hört die Zuckerausscheidung in dem Urin nicht auf. Woher jetzt der Zucker? Zucker ist ein überaus wichtiger, für die Fortdauer des Lebens durchaus nothwendiger Bestandtheil des Blutes. Das Blut sucht sich seinen Zucker immer in gleicher, normaler Menge (0,12—0,18 %) zu erhalten, — nimmt ihn bei eintretendem Mangel überall her, wo es welchen findet und wenn es im Körper keinen mehr findet und sich auch keinen mehr aus Kohlehydraten machen kann, so macht es sich welchen — aus Eiweiss — entweder dem der Nahrung oder, wenn die Thiere resp. Menschen hungern, dem der Körpersubstanz. Das Studium des Phloridzin-Diabetes hat mehr als die früheren Untersuchungen die Erkenntniss geliefert, dass auch aus Eiweissstoffen Zucker resp. Glycogen im Körper gebildet werden kann. Inzwischen ist das auch schon extra corpus, in laboratorio, gelungen. Nach v. Noorden («die Zuckerkrankheit» Berlin 1895, pg. 8, Anmerkung) hat A. Kossel aus der Nucleinsäure, dem Spaltungsproduct des Nucleïns, Kohlehydrat erhalten (1894) und Pavy (1895) — sogar aus reinem Albumin (Hühnereiweiss) und aus Fibrin. Es hat also gar nichts Auffallendes mehr, dass schwere Diabetiker, die gar keine Kohlehydrate zu sich nehmen, nur Fleischkost geniessen, dennoch beträchtliche Mengen Zucker mit ihrem Urin ausscheiden.

So interessant aber der Phloridzin-Diabetes auch ist, die Erkenntniss des Wesens des echten Diabetes hat er doch nicht gefördert. Er ist nämlich gar kein Diabetes in unserem klinischen Sinne, sondern nur eine Glycosurie besonderer Art, die von der bei wahrem Diabetes mellitus wesentlich verschieden ist. Schon die vorhin erwähnte Zuckerverarmung des Blutes bei der Phloridzin-Vergiftung hat die betreffenden Forscher darauf hingewiesen, dass Phloridzin auf die Nieren einwirken muss, und heute ist man darüber einig, dass die Ursache der Phloridzin-Glycosurie in einer Veränderung der Nierenepithelien liegt, die diese für den Zucker im Blute so durchlässig macht.

Etwas Derartiges auch beim menschlichen Diabetes mellitus anzunehmen, hat man bisher keinen Grund gefunden. Im Gegentheil, — man ist immer mehr davon abgekommen, den Diabetes für die Folge einer primären Nierenerkrankung zu halten, eben weil man immer mehr erkannt hat, dass die — an sich auch sehr spärlichen — Nierenbefunde bei Diabetes die Folge und nicht die Ursache des Diabetes sind. — Es hatte also schliesslich auch die Phloridzin-Glycosurie nicht zum erwünschten Ziele geführt. Der Forschungstrieb der Gelehrten liess deshalb aber nicht nach, sondern wandte sich jetzt Dingen zu, für die schon von früher her mancherlei klinische Hinweise gegeben waren. Schon seit vielen Decennien hatte man bei Sectionen von Diabetikern krankhafte Veränderungen des Pancreas gefunden und zwar so häufig, dass es sich nicht um blosse Zufälle handeln konnte und 1877 hatte Lancéraux auf Grund klinischer Beobachtungen und anatomischer Befunde eine besondere Form des Diabetes unter dem Namen «Diabète maigre ou pancréatique» aufgestellt. Diese Form sollte sich durch ungewöhnliche Bösartigkeit des Verlaufes, rasch eintretende Abmagerung und grosse Neigung zur Complication mit galoppirender Schwindsucht auszeichnen. Die Mittheilungen Lancéraux's erregten anfangs berechtigtes Aufsehen unter den Klinikern, liefen aber schon Gefahr, wieder vergessen zu werden, da traten 1892 und 1893 v. Mering und Minkowski mit ihrer Entdeckung des experimentellen Pancreas-Diabetes auf. Gelungen war ihnen dieses Experiment schon im Jahre 1890. Vor ihnen hatten schon andere Forscher derartige Versuche angestellt, aber wirklich geklärt worden ist diese Frage erst durch v. Mering und Minkowski. Die beiden fanden nämlich, dass bei Hunden nach totaler Exstirpation des Pancreas ausnahmslos schwerer Diabetes mit allen charakteristischen Symptomen: chronischer Glycosurie, Hyperglykaemie, Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, Abmagerung, Kräfteverfall etc. auftritt und in einigen Wochen zum Tode führt und zwar zum Tode im Coma diabèticum. Der Zucker, der ausgeschieden wird, ist wie beim Menschen Traubenzucker und der Zuckergehalt des Blutes ist gleichfalls wie beim Menschen, aufs 2—3 fache erhöht. Das alles geschah aber nur nach vollständiger Entfernung des Pankreas; blieb ein nicht zu kleiner Theil der Drüse zurück, so blieb auch der Diabetes aus, — blieb etwa nur $^{1}/_{10}$ der Drüse in functionsfähigem Zustande zurück, so kam es erst nach einiger Zeit zu einem Diabetes der leichten Form, der aber später — wohl mit Verkümmerung des zurückgebliebenen sehr kleinen Stücks — in die schwere Form überging und bis zum Tode anhielt. — Der Diabetes trat nicht auf, wenn nur der Ausführungsgang der Drüse, der Ductus pancreaticus, unterbunden oder das Drüsensecret durch eine Hautfistel nach aussen abgeleitet wurde. Es ist also die Entstehung des Diabetes nicht von der Function des bekannten Pancreassaftes abhängig, — was wiederum sehr beachtenswerth ist.

Diese Versuche sind später von verschiedenen Forschern und an verschiedenen Thieren vorgenommen worden, so noch an Katzen, Schweinen, Vögeln — ja sogar an Schildkröten und Fröschen, und in den weitaus meisten Fällen war der Ausfall ein positiver. Natürlich hat es Minkowski und Mering auch nicht an Controversen gefehlt, aber es ist den beiden immer gelungen, überzeugend nachzuweisen, «dass alle Fehlresultate durch mangelhafte Versuchsanordnung zu erklären sind.» Dem Einwande z. B., dass es garnicht die Pancreasexstirpation zu sein braucht, die den Diabetes macht, sondern dass es die bei dieser Operation unvermeidlichen Nervenverletzungen, des sympathischen Geflechtes z. B, schon ganz gut sein konnten, — sind die beiden Forscher dadurch entgegengetreten, dass sie erst einen Theil des Pancreas, etwa die Hälfte, exstirpirten und den Rest im Zusammenhange mit seinen Blutgefässen in die Bauchwand einnähten, — der Diabetes blieb zunächst aus; entfernten sie aber nach einiger Zeit durch eine jetzt doch nur ganz geringfügige Operation das eingeheilte Drüsenstück, so kam die Krankheit in typischer Weise zur Entwickelung. Ja, noch mehr: Minkowski gelang es (entnommen dem Referat von Minkowski selbst im neuen Werk von Lubarsch und Ostertag: «Ergebnisse der allgemeinen Aetiologie der Menschen- und Thierkrankheiten». J. F. Bergmann, Wiesbaden 1896) durch partielle Exstirpation des Pancreas an Hunden alle möglichen Abstufungen in der Intensität des Diabetes hervorzurufen, — die leichtesten Formen der Glycosurie, bei welcher nur nach Zufuhr von grösseren Kohlehydratmengen Zucker im Urin nachgewiesen werden konnte, — mittelschwere Formen, bei welchen die Zuckerausscheidung bei gemischter Nahrung eine erhebliche war und erst nach Ausschluss aller Kohlehydrate, bei absoluter Fleischkost, abnahm resp. schwand, — und schliesslich schwerste Formen, bei welchen die Glycosurie fast ebenso intensiv war, wie nach vollständiger Pancreasexstirpation.

Es lehren also diese Versuche, dass «eine Herabsetzung der Pancreasfunction leichtere Grade derselben Störung bewirken kann, die im höchsten Grade zur Beobachtung gelangt, wenn die Function des Pancreas gänzlich ausgeschaltet wird.» (Minkowski).

Zum Schluss ist noch der Satz der Entdecker anzuführen, dass nur nach Exstirpation des Pancreas und keines anderen inneren Organs solch ein Diabetes beobachtet worden ist.

Diese v. Mering-Minkowskischen Experimente, die jetzt immer neue Bestätigungen erfahren, haben das allergrösste Aufsehen gemacht und halten auch heute noch die Gemüther der Diabetesforscher in lebhaftester Erregung. Sie sind aber auch für die Lehre vom Diabetes von weittragendster Bedeutung. Zu allernächst ergiebt sich aus ihnen, dass dem Pancreas im Haushalte des Zuckers im Körper eine überaus wichtige Rolle zukommt. Sicher nachgewiesen ist das freilich zunächst nur für den Körper des Hundes — aber ein gleicher Schluss auch für den menschlichen Organismus dürfte bei der Identität der Diabetes-Symptome wohl kaum als unerlaubt bezeichnet werden.

Minkowski und Mering haben auf ihre Entdeckung hin folgende Hypothesen aufgestellt: entweder bleibt nach der Pancreas-Exstirpation im Körper eine Substanz zurück, die bei einer gewissen Anhäufung anfängt, den Kohlehydratumsatz zu schädigen — oder es fällt mit dem exstirpirten Pancreas eine Substanz oder auch eine Function fort, die sonst dazu dient, den Kohlehydratumsatz im Körper zu erleichtern resp. zu reguliren. Diese Sätze besagen wohl nichts Bestimmtes, aber eine gewisse Zurückhaltung in der Schlussfolgerung ist doch nur als ein Vorzug der beiden Entdecker zu betrachten. Jedenfalls geht aus ihren Versuchen klar hervor, dass nach Ausschaltung des Pancreas der Zuckerhaushalt im Körper wesentlich gestört ist. Und weitere Beobachtungen und Ueberlegungen haben noch zur Annahme geführt, dass es sich dabei um eine Störung im normalen Zuckerverbrauch handelt und nicht auch um eine krankhaft gesteigerte Neubildung von Zucker — denn für letztere Annahme hat man nach Angaben fast aller Autoren keinerlei sichere Anhaltspunkte gewinnen können.

Wie nun speciell diese Wirkung des Pancreas resp. seines Ausfalles zustande kommt, darüber ist man noch lange nicht einig. Namentlich französische Forscher haben sich auf diesem Gebiete eifrig bethätigt (Chauveau, Kaufmann, Lancéraux, Lepine, Barral, Hedon, Thiroloix u. a.) Die einen nehmen an, dass vom Pancreas eine chemische Substanz geliefert — «ein Product der internen Secretion des Pancreas» — das auf dem Blutwege der Leber übermittelt werde und hier nun einen regulativen Einfluss auf die Zuckerbildung ausübe; andere betonen wiederum die nervöse Beeinflussung der Leber vom Pankreas aus, durch Vermittelung des Centralnervensystems; — die dritten behaupten. dass das Pancreas ein Ferment in die Blutbahn liefere, das dort die Zerstörung des Zuckermoleküls besorge. Diese letzte Behauptung stammt von Lépine und Barral und Lépine nennt dieses Ferment: «glycolytisches Ferment». Das fehle eben nach der Pankreasexstirpation, daher denn auch die Zuckeranhäufung im Blute, die Hyperglykämie und als deren Folge — die Glykosurie. Die Untersuchungen von Lépine und Barral sind sehr hübsch und es lohnt sich einen Augenblick bei ihnen zu verweilen. L. und B. entnehmen dem Gefässsystem eine gewisse Menge Blut und theilen es sofort in zwei Hälften Die eine Hälfte wird auf 54° C. erhitzt, — dadurch soll das glycolytische Ferment abgetödtet werden: die andere Hälfte bleibt unverändert und nun kommen beide auf eine Stunde in den Brutschrank bei 39° C. Zuletzt werden beide Blutproben auf ihren Gehalt an Traubenzucker untersucht. Untersuchten L. B. auf diese Weise das Blut von gesunden Thieren und Menschen, so fanden sie in der nicht erhitzten Probe viel weniger Traubenzucker als in der erhitzten; nahmen sie dagegen zum Versuche das Blut von pancreaslosen Hunden oder diabeteskranken Menschen, so zeigten beide Proben nahezu denselben Zuckergehalt. Daraus zogen die beiden Experimentatoren den Schluss, dass das Diabetiker-Blut und das Blut der pancreaslosen Hunde das «glycolytische Ferment» nicht mehr enthalte — oder doch nur in einer verschwindend geringen Menge — daher auch durch das Erhitzen in seinem Zuckergehalt nicht mehr bemerkenswerth verändert werde. — Bestätigen sich diese Ergebnisse L. u. B's, so ist damit allerdings ein ganz gewaltiger Schritt vorwärts in der Erkenntniss des Wesens vom Diabetes gemacht worden. So weit scheinen wir aber noch nicht zu sein — noch gilt das «glycolytische Ferment» Lépines nicht als sicher erwiesen, denn andere Forscher haben bei Wiederholung der L—B'schen Versuche durchaus nicht die gleichen Resultate zu verzeichnen gehabt, so z. B. auch Minkowski selbst. Minkowski hält es aber «nicht für unmöglich, wenn man seine Wirkung nicht ins Blut, sondern in die Gewebe verlegt, wo normaliter die Zuckeroxydation vor sich geht». — Die Frage nach dem Wie der Pancreas-Wirkung ist also noch offen, — aber mit mehr Nothwendigkeit, denn je früher, muss man jetzt dem Pancreas eine Function zuerkennen, die für den Verbrauch des Zuckers im Körper erforderlich ist, und muss nun zusehen, wie man die klinischen Beobachtungen am menschlichen Diabetes mit den experimentellen Ergebnissen in Einklang bringen kann.

Wie bereits erwähnt, sind schon viele Jahre vor Mering und Minkowski von namhaften Autoren Pancreaserkrankungen für die Aetiologie des Diabetes herangezogen worden. So that das auch Frerichs in seiner auch heute noch als grundlegend hoch dastehenden Monographie über den Diabetes mellitus vom Jahre 1884 — auch schon Senator in seiner Bearbeitung des Diabetes in Ziemssens Handbuch Bd. XIII von 1876, — aber schärfer formulirt hat diese Anschauungen erst Lancéraux 1877 in seinem heute schon einmal genannten — «Diabète maigre ou pancréatique». Dass das von Lancéraux gezeichnete klinische Bild für alle Fälle stimmt, wird freilich nicht allgemein anerkannt, aber die Existenz eines Diabetes prancreaticus ist nicht mehr anzuzweifeln. Es haben sich in den letzten Jahren die Diabetesfälle mit nachgewiesenen Pancreas-Erkrankungen auffallend vermehrt Nach einer Zusammenstellung von Hansemann z. B. aus dem Material des Berliner pathologischen Instituts waren dort in den letzten zehn Jahren zur Section gekommen (angeführt bei Minkowski im Werk von Lubarsch und Ostertag l. c.):

Diabetes-Fälle ohne Pankreas-Erkrankung — 8.
Diabetes-Fälle ohne Angabe über das Pancreas — 6.
Diabetes-Fälle mit Pankreas-Erkrankungen — 40.
Pancreas-Erkrankungen ohne Diabetes — 19.

Und von diesen 40 Fällen mit Pancreas-Erkrankungen wiesen 39 Granularatrophieen des Pancreas auf, der letzte war «ein complicirter Fall.» Ein ganz ähnliches Resultat ergaben die mikroskopischen Untersuchungen von Dieckhof (Beiträge zur patholog. Anatomie des Pancreas, Festschrift, Leipzig, 1895), wo in allen sezirten Fällen (7) von Diabetes Pancreas-Veränderungen nachzuweisen waren und zwar am häufigsten «einfache Atrophie».

Und jüngst noch fand ich in Nr. 10 der diesjährigen Berliner klin. Wochenschrift einen von Nonne beschriebenen sehr interessanten und seltenen Nervenfall, bei dem schon vorher ein circa 4 Jahre alter Diabetes mellitus bestanden hatte, der bei der Section u. a auch

Pancreasveränderungen zeigte, eine macro- und microscopisch nachgewiesene «Pancreascirrhose» mit Atrophie der Drüsenzellen». Nonne weist dabei auch selbst auf das neuerdings so interessante Zusammentreffen von Diabetes mellitus und Pancreas-Erkrankung hin.

Minkowski führt noch kurz (l. c.) einen Fall von Bull in New-York (citirt bei Saundby, Lancet II, 1890) an, wo auch beim Menschen nach Exstirpation des Pancreas ein tödtlich verlaufener Diabetes mellitus beobachtet wurde.

Auf Grund solcher und ähnlicher Beobachtungen wollen schon einige Autoren jeden Diabetes mellitus auf eine primäre Pancreas-Erkrankung zurückgeführt wissen. Das ist aber doch schon zu weit gegangen. In Anbetracht des Vorkommens von Diabetes nach reinen Läsionen des Centralnervensystems muss man mit derartigen Schlussfolgerungen vorsichtig sein. Es besteht auch für die Lehre vom Pancreas-Diabetes noch die Schwierigkeit, dass einmal noch durchaus nicht in allen Diabetesfällen, die zur Section kommen, Pancreas-Veränderungen — auch bei verschärfter Aufmerksamkeit auf diesen Punkt — nachzuweisen sind — und ferner, dass in vielen Fällen von groben Veränderungen im Pancreas intra vitam keinerlei Diabetes bestanden hat (bei Dieckhoff in 19 untersuchten Fällen bei 11 nicht). Jeder Arzt, der mit Diabetes zu thun hat, wird wohl solche Fälle auch aus eigener Beobachtung anführen können. Freilich muss da zugegeben werden, dass die Einwände der stricten Pancreas-Anhänger: beim «Fehlen von morphologischen Veränderungen im Pancreas können immer noch biochemische vorliegen», und — ein Organ könne schon krankhaft functioniren, ohne uns bei unseren bisherigen Hilfsmitteln schon krank zu erscheinen, — nicht ganz haltlos sind; es ist ganz gut denkbar, dass jedes ätiologische Moment, das schliesslich zum Diabetes führt, erst so oder so, direct oder indirect — durch Vermittelung des Nervensystems, das Organ resp. die Organe trifft, welche den Zuckerumsatz im Körper besorgen, bezw. reguliren, — und dass das Pancreas gerade solch ein Organ im Körper ist, vielleicht das einzige, — man kann sich, sage ich, das schon ganz gut vorstellen, aber das auch schon zu einer Lehre erheben wollen, — ist zum mindesten als verfrüht zu bezeichnen.

Es ist gewiss ein glänzender Fortschritt, die Entdeckung des Pancreas-Diabetes, es ist auch keine Frage mehr, dass ein Theil der Diabetesfälle beim Menschen auf Erkrankung des Pancreas beruht, und es ist nicht unmöglich, dass bei jedem Diabetesfall das Pancreas irgendwie betheiligt ist, — aber mehr lässt sich darüber füglich auch nicht sagen. Hier heisst es noch, weiter forschen, — weitere klinische und anatomische Thatsachen sammeln und kritisch sichten. — Und die Arbeit ist gut in Fluss gekommen, — es wird eifrig weiter gegraben, und vielleicht ist man vom Schatz der vollen Erkenntniss nicht mehr so weit entfernt.

Zum Schluss noch ein Paar Worte über die Glycosurie als selbstständige Krankheit. Glycosurie und Diabetes mellitus decken sich begreifflich nicht immer. Die Phloridzin-Glycosurie ist, wie wir gesehen haben, kein Diabetes. Auch die rasch vorübergehenden Glycosurieen nach der Piqûre und den ihr verwandten experimentellen Eingriffen sind es nicht, — ebenso wenig die manchmal klinisch zu beobachtenden Glycosurieen nach Kopf-Verletzungen, Intoxicationen und gelegentlich auch mal nach Infectionskrankheiten. Diese alle kommen mit der Grundkrankheit und schwinden danach bald wieder ganz, und man fühlt sich nicht weiter veranlasst, an Diabetes zu denken. Aber es begegnen einem in der Praxis auch Glycosurieen, die nichts mit dergl. Verletzungen, Infectionen zu thun haben, die auch kommen und gehen und wieder kommen und wieder gehen — und die ganz zufälligerweise an sonst nicht auf Diabetes verdächtigen Patienten entdeckt werden. Da fragt es sich: sind es auch solche «passagère», «intermittirende» — im Grunde also harmlose — Glycosurieen, oder ist das schon Diabetes? Die Frage ist klinisch wichtig und von practischer Bedeutung, denn nach der Antwort sind Prognose und Therapie im gegebenen Falle zu bemessen. Prof. F. A. Hoffmann, der hochgeschätzte Lehrer vieler von uns Dorpatensern, spricht in seinem «Lehrbuch der Constitutionskrankheiten» (Stuttgart, Enke, 1893) noch auffallend viel von Glycosurie als selbstständiger Krankheitsform, — allerdings mit einem gewissen Respect vor vielleicht doch schon bestehendem Diabetes.

Da spricht er von «alimentären Glycosurieen» nach Champagner- und Biergenuss, «welche der Arzt bei sonst Gesunden finden und dadurch überrascht werden kann», — führt als besondere Gruppe die «constitutionellen Glycosurieen» an, die sich gerne zu «Gicht und Fettleibigkeit» gesellen, aber für die Gesundheit ganz bedeutungslos erscheinen». In den anderen neueren Werken, die ich gelesen habe, ist mir das nicht so aufgefallen. Ich glaube nicht, dass Prof. Hoffmanns Auffassung heutzutage noch ganz zurecht bestehen kann. Die Diabetesstudien haben ja ergeben, dass gesunde Menschen Traubenzucker bis zu 150 gramm als einmalige Zufuhr sehr gut vertragen, — Rohrzucker gar bis 200 gramm. Nach 150,0 bei einigen erst mit 180,0 beginnt die «alimentäre Glycosurie». Solche Fütterungsversuche hat Prof. Moritz in München (cf. Verhandlg. d. Congr. f. innere Med. Bd. X) mit ganz gesunden Studenten angestellt. Er hat sie 100 bis 150 u. 180 gramm Traubenzucker pur oder in Form von Champagner, anderen süssen Weinen u. süssen Früchten nehmen lassen, es hat sich gezeigt, dass erst von 150,0 an Zucker in den Urin übertrat und einen Gehalt von $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ % erreichte. Nun — 150—180,0 Traubenzucker in einer Sitzung, das entspricht schon einer ganz beträchtlichen Menge Champagner oder gar Bier und anderen zuckerhaltigen Stoffen, wie sie unter gewöhnlichen Lebens- u. Genussverhältnissen doch wohl nur ganz ausnahmsweise vorkommt.

Diese Glycosorieen sind aber auch die einzige Form echter «alimentärer Glycosurie», — die einzigen «passageren», «intermittirenden», die keine weitere pathologische Bedeutung haben. Man sieht, sie können nicht gerade häufig vorkommen. Von der physiologischen Lehre, dass jeder Mensch, auch der gesundeste, immer Zucker in Spuren mit seinem Urin ausscheidet, können wir hier ganz abstrahiren. Diese minimalen Zuckermengen können wir mit unseren gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nicht nachweisen, — wir sprechen erst von Glycosurie bei einem Zuckergehalt des Urins von 0,2—0,1 %, was eben der Leistungsfähigkeit unserer Zucker-Reagentien entspricht. Hat also jemand schon nach den gewöhnlich üblichen Quantitäten Champagner oder anderen süssen Weinen oder nach süssen Früchten, zuckerhaltigen Speisen etc. 0,2 % Zucker im Urin, so ist er, meiner Meinung nach schon auf Diabetes verdächtig, — und ist es nun gar ein Fettleibiger oder ein Gichtischer oder entstammt auch nur einem gichtischen Geschlechte, so ist er schon ein beginnender Diabetiker, und der Zuckergehalt seines Urins ist nicht mehr «so ganz bedeutungslos» für seine Gesundheit, wie Prof. Hoffmann das noch hinstellt, — der hat schon auf seine Diät Acht zu geben. Nach v. Noorden (nach einer mündlichen Mittheilung) kann man an Fettleibigen mit 100,0 Traubenzucker eine Probe anstellen, — vertragen sie sie nicht, so ist schon Diabetes im Anzuge. So consultirt mich seit 4 Jahren nach längeren Pausen immer wieder ein mal ein sehr wohl aussehender und noch sehr

elastischer Herr von 60 Jahren. Er selbst hält sich für einen Neurastheniker. — das sei ihm auch von seinen ärztlichen Freunden, derer er etliche habe, mehrfach bestätigt worden. Ich selbst habe ihn in den ersten zwei Jahren mehr für einen Arthritiker gehalten, habe aber jedes Mal seinen Urin auf Zucker untersucht u. keinen darin gefunden. Da, im Frühjahr 1894, ist Patient wieder mal bei mir u. ich finde dieses Mal Zucker in seinem Urin, — sonst aber keinerlei Verschlechterung gegen früher. Nachdem ich mich nun mit Hilfe verschiedener Untersuchungsmethoden davon überzeugt hatte, dass der Urin wirklich Zucker und keinen anderen reducirenden Stoff enthielt, veranlasste ich Patienten, seinen Urin noch in einem chemischen Laboratorium untersuchen zu lassen. Meiner Schätzung nach enthielt der Urin c. $^1/_2$ % Zucker. Und nun spielt sich schon seit zwei Jahren ein merkwürdiger Widerspruch zwischen meinen Untersuchungen des Urins und denen der zwei analytischen Laboratorien ab, an die sich Patient von Zeit zu Zeit wendet. Jedes Mal, wenn er mir seinen Urin liefert (in meiner Gegenwart), finde ich Zucker darin, und jedes Mal, wenn er ihn anderwärts untersuchen lässt, erweist der Urin sich zuckerfrei. Ja es ist schon vorgekommen, dass Patient an ein und demselben Vormittage erst bei mir zuckerhaltigen und dann im Laboratorium zuckerfreien Urin gelassen hat. Eine Täuschung seinerseits ist ganz ausgeschlossen, und ein Irrthum unsrerseits desgleichen, denn wir Untersucher haben, jeder an der Urinprobe des anderen, uns davon überzeugt, dass wir richtig untersucht und richtig bald nichts bald etwas darin gefunden haben. Vom letzten Halbjahr übrigens ist auch in einem Laboratoriums-Protokoll für den Nachturin ein Zuckergehalt von 0,2 % notirt worden. Im Februar dieses Jahres hat sich das alte Spiel auf's Neue wiederholt: im Laboratorium der Urin zuckerfrei, bei mir (c. 14 Tage später) zuckerhaltig. — Patient hat also intermittirende Glycosurie. Ich halte ihn für einen Diabetiker leichten Grades und rathe ihm eine gewisse Zurückhaltung im Genuss zuckerhaltiger Stoffe, hier speciell des echten bayrischen Bieres, an. Er hört aber von anderer Seite, darunter auch ärztlicher «dass das Bischen Zucker» nichts zu bedeuten habe, dass das mit seiner Neurasthenie zusammenhänge und gar keine Zuckerkrankheit sei und desgl. m., und da er stets geneigt war, seine Gesundheit zu überschätzen, lebt er genau so fort, wie vorher. Der fortschreitende Diabetes wird aber ihn und seine Freunde schon zur Einsicht zwingen. — In einem anderen Falle, wo Patient als schwer geplagter Neurastheniker von einem Arzt zum anderen ging, entdeckte ich auch Zucker im Urin. Bevor ich aber dazu kam, mit ihm ein antidiabetisches diaetetisches Regime zu beginnen, erkrankte er an einem leichten Typhus und verlor seine Glycosurie. Erst längere Zeit später kehrte sie wieder und zeigte auch einen intermittirenden Charakter. — Auch hier handelt es sich gewiss schon um einen Diabetes und nicht um eine harmlose intermittirende Glycosurie. — Ich meine also, dass man mit der Diagnose: «alimentäre Glycosurie», «constitutionelle, intermittirende Glycosurie» sehr zurückhaltend sein muss, namentlich, — wenn es sich dabei noch um Fettleibige, Gichtische und Nervöse handelt: da ist die Glycosurie wohl meist schon ein Zeichen sich entwickelnden Diabetes, und dieser ist in keinem Falle ganz bedeutungslos für die Gesundheit.

Referate.

B. Naunyn: Ueber Ileus, (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1 Band, I Heft.)

Den Ausführungen des Autors liegt in erster Linie das Bestreben zu Grunde. für die Indicationsstellung zur Operation beim Ileus möglichst präcise und praktisch brauchbare Regeln zu finden. Die Resultate, zu denen er kommt. sind kurz zusammengefasst, folgende: Die Laparotomie beim Ileus giebt im allgemeinen ein viel besseres Resultat am ersten oder zweiten Tage (75 Procent Heilungen). Die Heilungsziffer fällt mit mit dem dritten Tage auf ungefähr die Hälfte. Nach dem dritten Tage ist durch die Statistik eine weitere Verschlechterung der Prognose der Operation nicht mehr nachzuweisen. Alle die Fälle von Ileus, in welchen eine Inguinal. — Crural — oder Umbilicalhernie besteht oder bestanden hat, von Brucheinklemmungen selbstverständlich abgesehen, gehören auch dann, wenn Verdacht auf Einklemmung ausgeschlossen scheint, von vorneherein dem Chirurgen. weil hier die Operation erfahrungsgemäss ein überaus günstiges Resultat ergiebt. nämlich 72 Procent Heilungen. Die Fälle primärer Peritonitis mit Ileus scheidet N. aus der Diskussion aus. Die Diagnose ist fast immer möglich (Anamnese. Körpertemperatur, Art des Erbrechens): lautet sie auf primäre Peritonitis, so soll die Indikation zur Operation mit Rücksicht auf die Peritonitis, nicht mit Rücksicht auf den Ileus gestellt werden. Falls eine chronische Darmenge (Neubildungen, Narben, chronische Peritonitis) die Ursache des Ileus ist, so lässt sich dieses meist feststellen; in diesem Falle liegt gewöhnlich kein Grund vor, die Operation zu beeilen. Die topographisch anatomische Lokalisation der Lage der Undurchgängigkeit gelingt nur selten; sie zeigt dem Operateur direkt, wo er das Hinderniss zu suchen hat und ist deshalb höchst wichtig (Wahl, Schlange). Die Diagnose des Sitzes der Undurchgängigkeit im Darme gelingt mit einiger Sicherheit nur dann, wenn sie im Duodenum (oder oberen Jejunum) oder im S romanum oder Colon descendens sitzt. In vielen Fällen der Diagnose zugängig und äusserst wichtig ist das Bestehen von Strangulation («die fixirte geblähte Darmschlinge (Wahl), die Peristaltik in der fixirten Schlinge (Schlange), der hämorhagisch-seröse Erguss in die Bauchhöhle (Gangolphe), ausserdem der heftige, fixirte Schmerz und der schnellauftretende Kollaps sprechen für Strangulation). Sie verlangt im allgemeinen, mit Ausnahme des Volvulus des S romanum, und auch da, wo eine weitere genauere Diagnose nicht gelingt, die sofortige Operation.

Eine sichere Specialdiagnose im Sinne der dem Ileus zu Grunde liegenden Darmerkrankung gestatten: 1) Der Ileus durch Fremdkörper resp. Gallensteine. Hier liegen die Dinge noch so, dass die Operation nur unter ganz besonderen Umständen angezeigt erscheint. 2) Der Volvulus des S romanum. Bei ihm verhalte man sich individualisirend, jedenfalls übereile man die Operation nicht, sofern der Ileus in seiner Gestaltung keine besondere Bösartigkeit zeigt. 3) Die Intussusception — sie gehört nach einmal gestellter Diagnose dem Chirurgen, denn ausser durch die früh eintretende spontane Reposition ist Heilung nur durch Laparotomie zu hoffen.

In Bezug auf die Ileustherapie (abgesehen von der operativen) stellt N. noch folgende Regeln auf: Innere Abführmittel sind zu vermeiden. An ihre Stelle treten grosse Wassereingiessungen (Trichterapparat), oder Oelklystiere (200 – 500 ccm), oder höchstens, solange noch kein Kothbrechen besteht, abführende Klystiere (Sennainfus, Glycerin). Opiate sind nur in kleinen Dosen anzuwenden, weil die Resorption bei Ileus unsicher ist. Ausspülungen des Magens sind überall vorzunehmen, wo Kotherbrechen statthat, oder wenn der Magen sonst überfüllt ist. Vor reichlicher Einnahme von Speisen und Getränken ist zu warnen; dem Durst kann oft durch kleine Warmwasserklystiere abgeholfen werden. Die Punktion der geblähten Darmschlingen hält N. für gewagt und empfiehlt sie nicht. Weyert.

Prof. Sahli: Ueber die Therapie des Tetanus u. über den Werth u. die Grenzen der Serumtherapie Mittheilungen aus Kliniken und medic. Instituten der Schweiz. III Reihe, Heft 6.

Den anderen Infectionskrankheiten gegenüber nimmt der Tetanus insofern eine eigenthümliche Stellung ein, als bei ihm mehr die chemische Vergiftung das Bild beherrscht, als dabei trotz schwerster Erscheinungen die Infection schon ganz abgelaufen sein kann und als die Incubationsperiode eine längere ist. Aus diesen Eigenthümligkeiten ergeben sich für eine rationelle Therapie wichtige Anhaltspunkte.

Die causale Indication erfordert eine energische locale Behandlung der Eingangspforte des Giftes. Selbst bei den schwersten Tetanusfällen bleibt die Infection stets eine locale; es ist also erste Pflicht, die Giftquelle zu verstopfen. Bei kleinen und oberflächlichen Wunden wird mit dem Thermokauter gebrannt, eventuell amputirt, bei ausgedehnten und gequetschten Verletzungen, besonders am Kopfe und Rumpfe, mit Jodtinctur oder 1—2%-iger Jodtrichloridlösung ausgepinselt und ausserdem kauterisirt. Das Sublimat ist für Tetanuswunden kein genügendes Desinficiens. Jede, auch die kleinste Verletzung ist verdächtig, namentlich schon verschorfte Stellen können als Giftquelle wirken und sind sorgfältig zu behandeln.

Die Allgemeinbehandlung, die Bekämpfung der chemischen Tetanusvergiftung, hat erstens für die Elimination des Giftes aus dem Körper durch reichliche Flüssigkeitszufuhr und dadurch gesteigerte Diurese und Diaphorese zu sorgen; genügt die Aufnahme per os nicht, so sind intravenöse Injectionen oder Klysmata zu machen. Zu Versuchen ist ferner das Diuretin. Die zweite Aufgabe besteht in der Unschädlichmachung des Giftes im Innern des Körpers. Hierbei sind zu den physiologischen Gegengiften zu rechnen die die Reflexerregbarkeit herabsetzenden Arzneimittel, unter denen hauptsächlich in Betracht kommen Chloral, Sulfonal, Morphium, Bromkalium; bei ihrer Anwendung ist sehr zu achten auf die individualisirende Dosirung und auf den Wechsel der Mittel. Als chemische Gegengifte sind die Salolpräparate und das Tetanusheilserum zu gebrauchen.

An 3 ausführlich wiedergegebenen und in beigefügten Curven graphisch leichtübersehbaren Krankengeschichten wird die Therapie und der Verlauf unter derselben illustrirt. Alle 3 Fälle wurden geheilt, 2 ohne, 1 mit Serum. Letzterer gemeinsam mit Prof. Tavel behandelte Fall verlief, obschon er anfangs ebenso schwer schien wie die beiden anderen, viel leichter und kürzer, als jene.

Sahli neigt zur Ansicht «dass das tetanische Gift dadurch wirkt, dass die Ganglienzellen unter seinem Einfluss allmälig erkranken, resp. dass sich Veränderungen ihrer Erregbarkeit, sei es mit oder ohne anatomisches Substrat ausbilden, die schliesslich eine ganz selbständige Bedeutung erlangen und unabhängig von der Abwesenheit des Tetanusgiftes fortdauern können.» Das Heilserum zerstört zwar das Tetanusgift selbst, und zwar wahrscheinlich auch nicht direct, sondern bloss unter Mitwirkung der Gewebezellen, hat aber auf den functionellen und vielleicht auch anatomischen Schaden, den das Gift zur Zeit, wo das Mittel angewendet wird, schon angerichtet hat, keine Wirkung. Dies gilt nicht nur für die Serumtherapie des Tetanus, sondern auch der anderen Infectionskrankheiten, speciell der Diphtherie. Bei letzterer sind ihre Erfolge zwar augenfälliger, doch sichert sie ebensowenig vor diphtheritischen Nephritiden und postdiphtheritischen Lähmungen. Es handelt sich eben bei Diphtherie vorzugsweise um Serumprophylaxe, bei Tetanus um Serumtherapie. Wesentlich günstiger würden sich die Resultate beim Tetanus gestalten, wenn man die Tetanusinfection nicht erst an den Krämpfen, sondern schon an gewissen Merkmalen der Wundinfection diagnosticiren könnte.

Die Serumtherapie ist eine vielversprechende und wichtige therapeutische Neuerung, macht jedoch die alten wohlerprobten und rationell begründeten Methoden durchaus nicht überflüssig, kann insbesondere beim Tetanus die Narkotica nicht ersetzen, und wird nur in der Combination mit jenen die besten Erfolge erzielen. Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Da es zuweilen sich ereignet, dass man während der Operation in Zweifel geräth über den weiter einzuschlagenden Gang, und zwar aus Unkenntniss der histologischen Beschaffenheit der vorliegenden Geschwülste, Gewebe etc., so macht L. v. Dittel jun. den Vorschlag eine histologische Untersuchung während der Operation auszuführen. In vielen Fällen wird es möglich sein mittelst des Gefriermicrotoms sofort Schnitte durch Stückchen, die exstirpirten Gebilden entnommen oder durch Probeexcision gewonnen sind, anzufertigen. Dies und die darauf folgende Färbung wird einem Geübten nicht mehr Zeit nehmen, als circa fünf Minuten, die in so manchem Falle nicht umsonst auf Kosten der Narcose verwandt sein werden.

(Wien klin. Wochensch. № 9. 1896).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

601. Sitzung am 6. Februar 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1) Herr v. Petersen demonstrirt den Arm eines früher vorgestellten Pat. mit gummöser Lues in Wachsnachbildung und eben solche Modelle von Lues des Schädels.

1) Herr Moritz: Ueber Cysticercen im Gehirn (Der Vortrag wird in der St. Petersburger Med. Wochenschrift veröffentlicht werden)

602. Sitzung am 20. Februar 1896.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär: W. Beckmann.

1) Herr Kallmeyer demonstrirt zwei pathologisch-anatomische Präparate, Nebenbefunde bei Sectionen:

a) Ein Cystofibroma uteri, dasselbe stammt von einer 56jährigen Patientin, welche unter den Erscheinungen einer Influenza bei bestehender chronischer Nephritis und Marasmus in das Obuchowhospital aufgenommen worden war und nach drei Tagen an Uraemie starb. Ausserdem war noch am ersten Tage ein grosser Tumor im Abdomen festgestellt worden, welcher offenbar von den Ovarien oder vom Uterus ausging. Ascites und Oedem der Bauchdecken gestatteten auch dem hinzugezogenen gynaekologischen Collegen nicht eine genauere Diagnose zu stellen. Die Kranke gab an, den Tumor vor 3 Jahren zuerst bemerkt zu haben, doch soll er ihr keinerlei Beschwerden gemacht haben. Die Section ergab ausser einer chronischen Nephritis mit ihren Folgezuständen noch ein Fibromyoma subserosum cum rammollitione. In situ präsentirte sich der an verschiedenen Stellen mit dem Darm verbackene Tumor als ein fast kugelförmiger Körper von der Grösse eines Mannskopfes, welcher fluctuirte, eine platte, grauweisse glänzende Oberfläche hatte und höckerig war, besonders in seinen dem Uterus anliegenden Theilen. Der Tumor ist mit dem Uterus fest verwachsen. Tuben und Ovarien sind etwas atrophisch, erstere ausserdem auch dilatirt. Beim Aufschneiden der Geschwulst erwies sich in ihr eine colossale Höhle, welche mit c. 2 Liter einer dicken, geruchlosen Flüssigkeit gefüllt war, die durch Farbe und Consistenz sehr an Erbsenpuree erinnerte. Die Geschwulstwände sind starr, collabiren nicht, sind von geschichteter Structur und ungleicher Dicke: an den dünneren Stellen 1 ctm. dick, an den dickeren, dem Uterus näherliegenden Stellen bis 2 ctm. Die Wände sind in ihren äusseren Theilen sehr starr, in ihren inneren und näher zum Centrum gelegenen weicher und von seröser Flüssigkeit durchtränkt. Die innere Oberfläche der Geschwulstwand, die bald glatt, bald uneben ist, trägt vielfach Stücke zerstörten Gewebes und Fibringerinnsel. — Der Uterus atrophisch, aber das Corpus und Collum bedeutend in die Länge gezogen. Der vordere Theil des Corpus uteri geht ohne Stiel direct in die Geschwulstmasse über. Ein Abtrennen der Geschwulst vom uterus gelingt nicht. Die microskopische Untersuchung ergiebt, dass die Geschwulstwand grösstentheils aus derbem, zum Theil schon verkalkten Bindegewebe besteht, dazwischen aber Inseln atrophischen Muskelgewebes.

b) Eine Kropfgeschwulst von aussergewöhnlicher Grösse.

Dieselbe stammt von einer 57jährigen Patientin aus dem Tichwin'schen Kreise des Nowgorod'schen Gouvernements. Patientin war nach ihren Angaben c. 18 Stunden vor ihrer Aufnahme in das Hospital mit heftigen Durchfällen erkrankt und starb 4 Stunden nachher, trotz mannigfachster Massregeln, unter den Erscheinungen einer Dysenterie. Die Obduction ergab: Gastritis chron; Enteritis acuta follicularis haemorrhagica, Colitis haemorrhagica dysenterica. — Der Kropf, eine Struma parenchymatosa colloides et ossea, von der Grösse zweier guter Mannsfäuste, von derber Consistenz, ohne Pulsation, mit darüber freibeweglicher Haut, bestand bei der Patientin seit Jahr und Tag und hatte sie nie molestirt. Sein Gewicht beträgt 750 gramm. Halsweite an der Leiche: maximale 50 ctm., auf der Höhe des Zungenbeines 42 ctm. — Trachea und Oesophagus vollständig intact. (Autoreferat).

Herr Tiling weist darauf hin, dass in Petersburg Kröpfe nicht häufig vorkommen. Bei der Behandlung hat die von Bruns empfohlene Thyreoidinfütterung Erfolge zu verzeichnen bei den diffusen, parenchymatösen Kröpfen junger Leute. Neuerdings benutzt T. das von Poehl hergestellte Präparat 3 mal täglich à 0,3, dasselbe ist geruchlos und wird 6 Tage lang gegeben, wonach pausirt wird. Bei den knotenförmigen (adenomatösen) Kröpfen ist diese Behandlung ohne Erfolg.

Herr Kroug hat von der Thyreoidinbehandlung bei Morbus Basedowii keine Besserung, wohl aber Zunahme der Herzsymptome gesehen. Das neueste Präparat ist das Thyrejodin von Baumann.

Herr Westphalen erinnert an die Metastasenbildung bei Kröpfen und führt kurz einen Fall an, in dem Sarcomknoten im Schädel und im Femur auftraten. Metastasenbildungen bei Kröpfen treten mit Vorliebe in den Knochen auf und tragen den Character von Thyreoideagewebe auch mit colloidem Inhalt.

Herr Masing weist auf die guten Resultate hin die man bei äusserlicher Behandlung der weichen diffusen Kröpfe mit spirituosen Jodlösungen erzielt.

Herr Tiling erwähnt, das König das IK innerlich, und auch Jodtinctur innerlich zu 2—3 Tropfen in Wasser empfiehlt. Bei langem Gebrauch soll aber das IK zu plötzlicher Kachexie führen.

2) Herr Germann berichtet über Augenaffectionen zur Zeit der Vaccination. Im ganzen hat G. 3 Fälle gesehen unter etwa 12—15000 Augenkranken. Es handelte sich um Kinder bei denen es zur Schwellung der Lider und Geschwürsbildung auf denselben kam. Die Geschwüre haben einen grauen Belag. Die Prognose ist gut, doch können Entstellungen zurückbleiben. Es handelt sich offenbar um Uebertragung des Vaccinegiftes aufs Auge, wahrscheinlich mit den Händchen. Die Impfpforten sind leichte Ritzen der Lider, die Ausführungsgänge der Meibohm'schen Drüsen oder ein nicht intacter Lidrand infolge von Blepharitis.

Herr Schmitz erinnert daran, dass es nöthig ist bei älteren Kindern den geimpften Arm zu verbinden, damit der Impfstoff nicht ins Auge übertragen werden könne.

Herr Blessig: im Jahre 1891 berichtete O. Schirmer in der Heidelberger Ophthalmolog. Gesellschaft über eine Reihe derartiger Fälle, die er in Königsberg zu beobachten Gelegenheit hatte. Die Fälle betrafen sämmtlich Erwachsene, die sich an frisch geimpften Kindern inficirt hatten. Einigemal war die Hornhaut mitbetheiligt (tiefe Infiltrate). Die recht spärliche Casuistik der in Rede stehenden Affection findet sich zusammengestellt bei Knies (Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten etc.) und bei Natanson (Глазныя болѣзни въ ихъ связи съ общими заболѣваніями организма. С.-Петерб. 1895). Die Erscheinungen, welche durch die Vaccinepusteln am Auge hervorgerufen werden, sind immer sehr stürmisch (hochgradige Lidschwellung etc.) es bildet sich am Lidrande ein Geschwür, das einem Ulcus molle oder auch einem diphtheritischen sehr ähnlich werden kann. Die möglichen Complicationen von Seiten der Hornhaut mahnen zu sorgsamer Prophylaxe.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

Sitzung am 20. December 1895.

1) Dr. Paul Klemm demonstrirt ein durch Exarticul. fem. gewonnenes Präparat des oberen Drittheils des Oberschenkels mit central gelegenem Sarkom.

2) Dr. Schabert demonstrirt eine von Dr. Fr. Berg durch Nephrectomie entfernte tuberculöse Niere.

3) Discussion über den Vortrag Dr. G. Engelmanns: Moderne Principien der Gonorrhoebehandlung.

Dr. Miram: Er betont die Nothwendigkeit der microscopischen Untersuchung. Er erinnert sich der Krankengeschichte eines Mannes, der vor 15 Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht hatte. Er bekam darauf eine Balanitis, an die sich Gelenkschmerzen schlossen. Die Untersuchung auf Gonorrhoe war negativ. Redner glaubt, dass die Balanitis zu einer Infection der Harnröhre geführt hatte, an die sich die rheumatischen Beschwerden schlossen.

Dr. Hach hält den microscopischen Nachweis der Gonococcen nicht für genügend, er fordert zur Sicherung der Diagnose die Anlegung von Culturen.

Dr. Krannhals schliesst sich dem an; seit Wertheim den ersten Schritt gethan, ist der Nachweis der Microben durch die Cultur nicht schwer. Man benutzt Menschenblutserum, Placentarblutserum, ferner Kibitzeier und sterilisirten Alb-hältigen Harn mit Agar vermischt. Nach dem 4-ten Jahre findet man bei Gonorrhoikern selten Coccen, doch ist das Culturverfahren selten herangezogen worden.

Dr. H. Berg II. Es genügt nicht die Tripperfäden allein zu microscopiren, will man die Diagnose sicher stellen, so muss vor Allem der Expressionsharn untersucht werden, in dem sich die Fürbringer'schen Häckchen finden, die genau microscopirt werden müssen.

Dr. Hach richtet an die Collegen die Bitte bei Ertheilung des Eheconsenses an Gonorrhoiker möglichst vorsichtig zu sein. Er hält dafür, dass bei weitem der grösste Theil der Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus in einer inveterirten Gonorrhoe des Ehemannes seinen Grund habe. Er hat zahlreiche Beispiele dafür in seiner Praxis.

Dr. Paul Klemm weist auf die Schwierigkeiten in der Behandlung Tripperkranker hin, die sich nur zu oft den Vorschlägen einer rationellen Therapie völlig unzugänglich zeigen, sodass den Arzt nicht immer die Schuld trifft, falls die Gonorrhoe den Ehemann in die Ehe begleitet.

Dr. Helmsing. Von grösstem Interesse sind die Trippermetastasen. Dass solche vorkommen, dafür spricht der Nachweis der Microben im Kniegelenkseiter. Sehr wichtig wäre der Nachweis derselben im Blute, der bis jetzt noch nicht gelungen ist, nur einmal hat Wertheim in den Capillaren eines Stückes Blasenschleimhaut Gonococcen gefunden. Auch bei Endocarditis sind local Coccen gefunden worden. Helmsing ist gleich Hach der Ansicht, dass der microscopische Nachweis allein nicht genüge, derselbe muss durch das Culturverfahren vervollständigt werden.

Dr. Engelmann schliesst sich dem Aufruf Dr. Hach's an; in vielen Fällen ist eben doch die Untersuchung nicht sorgfältig genug angestellt worden. Er hält für die meisten Fälle die mikroskopische allein für ausreichend. Man muss durch Injection stärkerer Lösungen die Harnröhrenschleimhaut in einen erhöhten Reizzustand versetzen und dann untersuchen.

Dr. Krannhals. Bei Einholung des Eheconsenses soll stets die von Engelmann erwähnte Methode der Reizung ausgeführt werden, da der Nachweis der Coccen im Harn, ebenso wie n Exsudaten sehr schwierig ist.

Dr. Miram wendet sich gegen Hach, indem er hervorhebt, dass eine zu grosse Verallgemeinerung der aetiologischen Bedeutung der Gonorrhoe für Frauenkrankheiten nicht richtig sei, es gebe auch andere Ursachen dafür.

Dr. Schabert: Wie stellt man die Untersuchung auf Gonococcen am besten an? Von den Methoden der Expresssion, der Reizung der Schleimhaut und des Centrifugiren's des Harnes, scheine ihm letztere die beste zu sein, besonders in Verbindung mit dem Culturverfahren. Hinsichtlich der Therapie der acuten Urethritis post. führt er an, dass in foudroyanten Fällen leichte Irrigationen gut vertragen werden und schmerzstillend wirken.

Redner demonstrirte zum Schluss eine Collection von Instrumenten, die sich ihm bei Behandlung der Gonorrhoe zweckdienlich erwiesen haben.

Dr. Helmsing. Die mikroskopische Untersuchung führt leicht zu Täuschungen, da es eine Reihe von Diplococcenarten giebt, die sich tinctoriell gleich den Gonococcen verhalten.

Dr. Engelmann bestätigt, dass bei Gonorrhoe eine Reihe von Diplococcen vorkommen; Farbstoffen gegenüber verhalten sie sich aber verschieden. Die Gonococcen entfärben sich nach Gram, erstere dagegen bleiben tingirt.

Dr. Krannhals weist auf die Urethralblennorrhoe kleiner Mädchen hin. Ihm ist eine Mittheilung bekannt von der Erkrankung von 326 Mädchen im Alter von 4—16 Jahren. Die Ansteckung war durch die Badestube erfolgt.

Dr. Rulle hält seinen angekündigten Vortrag: «Bemerkungen über die Athmung». (Erscheint im Druck).

Dr. med. Paul Klemm
d. Z. Secretair.

Vermischtes.

— Zum Präsidenten der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist, an Stelle des wirklichen Geheimraths, Leibmedicus Dr. Zdekauer, welcher bekanntlich wegen hohen Alters von diesem Amt zurücktrat, der Ober-Medicinalinspector der Flotte und Ehren-Leibchirurg, Geheimrath Dr. Kudrin, gewählt worden.

— Es erhält sich das Gerücht, dass der bekannte Moskauer Kliniker, Geheimrath Dr. Sacharjin, seine Lehrthätigkeit an der Moskauer Universität in nächster Zeit aufzugeben beabsichtigt. Ein Kiewer Blatt erfährt sogar, dass zu seinem Nachfolger bereits der Professor der therapeutischen Facultätsklinik in Kiew, Dr. Tschirkow designirt sei, an dieses Stelle wiederum Prof. St. Wassiljew aus Jurjew (Dorpat) übergeführt werden soll.

— Prof. Dr. Behring (Marburg) ist neuerdings von der Gesellschaft der Aerzte in Wilna, der Gesellschaft der Aerzte in Constantinopel und von der italienischen Gesellschaft für Hygiene in Mailand zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 30. März in Moskau der Director und Oberarzt des dortigen städtischen St. Wladimir Kinderhospital, wirkl. Staatsrath Dr. Paul Wulffius, im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1851 bis 55 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde daselbst, wurde W. Marinearzt und diente als solcher anfangs am Marinehospital in Kronstadt und dann bei der Gardeequipage, bis er zum Director des hiesigen Nicolai-Kinderhospitals ernannt wurde. Im Jahre 1876 folgte er einem Rufe als Director und Oberarzt an das grösste Moskauer Kinderhospital des heiligen Wladimir, in welchem Amte er bis zu seinem Lebensende verblieb. Wie seiner Zeit in St. Petersburg, so nahm der Verstorbene auch in Moskau sowohl als Arzt wie als Mensch eine hochgeachtete Stellung ein. Seit 1888 bekleidete er gleichzeitig das Ehrenamt des Präsidenten des Moskauer evangelisch-lutherischen Consistoriums. 2) In St. Petersburg am 28. März der Oberarzt der Kronspulverfabrik in Ochta, Dr. Alexander Bertels, ein Schüler der ehemaligen medico-chirurgischen Academie, an welcher er i. J. 1867 den Cursus absolvirte. 3) Am 22. März zu Königsberg Dr. Hermann Stieda, Assistenzarzt an der chirurgischen Universitätsklinik in Tübingen, nach einer Operation im 28. Lebensjahre. In Dorpat als Sohn des früheren Dorpater, gegenwärtig Königsberger Professors der Anatomie, Dr. Ludwig Stieda geboren und erzogen, widmete er sich von 188—874 dem Studium der Medicin in Dorpat, um dann seine Studien an der Universität Königsberg fortzusetzen und darauf als Assistent an verschiedenen Kliniken weiter zu arbeiten. 4) In Sserdobsk der frühere Landschaftsarzt W. G. Tschishow im 46. Lebensjahre an

einem schweren Rückenmarksleiden. Er hat seine Frau mit 6 unerzogenen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) In Paris der bekannte französische Anatom. Prof. Sappey im Alter von 86 Jahren. Noch im 80. Lebensjahre beschäftigte er sich mit Leichenöffnungen und war bis kurz vor seinem Tode ein fleissiger Besucher der Sitzungen der Academie der Wissenschaften. Am bekanntesten von seinen Werken sind seine descriptive Anatomie und sein Atlas des Lymphgefässsystems.

— Vom Organisationscomité des VI. Congresses der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow ist folgende Tagesordnung für den Congress, welcher vom 21. bis zum 28. April d. J. in Kiew stattfindet, festgesetzt worden: Sonnabend, d. 20. April, 8 Uhr Abends. — Begrüssung der Collegen im Saale des Kaufmanns-Clubs. Sontag, d. 21. April, 1 Uhr Mittags — erste allgemeine Sitzung ebendaselbst. Abends 8 Uhr — Empfang der Congressmitglieder seitens der Stadt im Dumasaale.

Von Montag, d. 22. bis Sonnabend, d. 28. April finden täglich von 9—1 und 2—5 Uhr, sowie an 3 Tagen auch Abends von 7 Uhr ab die Sitzungen der Sectionen statt, deren es 13 giebt.

Dienstag, d. 13. und Sonnabend, d. 27. April, Abends 8 Uhr — geschäftliche Sitzungen.

Sontag, d. 28. April, 1 Uhr Mittag — zweite allgemeine Sitzung und Schluss des Congresses. Um 6 Uhr Nachmittags — Subscriptionsdiner. Für Montag, d. 29. April ist eine Ausfahrt auf dem Dnjepr in Aussicht genommen.

Das Organisationscomité hat im Interesse der auswärtigen Collegen, denen Kiew unbekannt ist, ein Uebereinkommen betreffs Ermässigung der Preise mit Besitzern von Hôtels und möblirten Zimmern getroffen und ersucht daher Diejenigen, welche davon Gebrauch machen wollen, dem Präses des Auskunftsbureaus Dr. W. N. Ssachnowski (Kiевъ, Прорѣзная 23) rechtzeitig aufzugeben, von welchem Tage an und zu welchem Preise ein Logis für sie bereit gehalten werden soll.

Der deutsche Congress für innere Medicin wurde am 8. April n. St. durch den derzeitigen Vorsitzenden Professor Dr. Bäumler (Freiburg) eröffnet. In dieser Sitzung hielt unter Anderen Prof. Leyden (Berlin) eine Gedächtnissrede dem Entdecker der Schutzpockenimpfung Dr. Jenner. Die Versammlung war von c. 350 Aerzten aus Deutschland, Oesterreich, Holland und der Schweiz besucht. Zum nächstjährigen Versammlungsort wurde Berlin gewählt.

Zum Präses der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission ist der Stadtverordnete A. J. Jakowlew gewählt worden, welcher dieses Amt auch bereits angetreten hat.

— Der vor kurzem verstorbene Wiener Professor Dr. Späth, dessen Nekrolog wir in der vorigen Nummer brachten, hat sein ganzes Vermögen zu Wohlthätigkeitszwecken vermacht, darunter 400,000 Gulden dem Verein zur Pflege kranker Studirenden und 40,000 Gulden zur Stiftung für arme Studenten.

— Die Sanitätsabtheilung des Russischen «Rothen Kreuzes», welche am 25. März unter der obersten Leitung des Mitgliedes der Hauptverwaltung des Russ. «Rothen Kreuzes» General-Major N. K. Schwedow nach Abessinien abreiste, besteht aus 61 Personen und zwar ausser dem General Schwedow aus 3 Bevollmächtigten, 4 Agenten, 6 Aerzten, 1 Provisor, 4 Studenten der Medicin, 6 Feldschern, 12 Barmherzigen Schwestern, 21 Sanitären (welche als Krankenpfleger functioniren und zugleich die Schutzwache der Abtheilung bilden), 2 Dolmetschern und 1 Geistlichen.

— Die Absendung der zweiten für die verwundeten Italiener bestimmte Sanitätsabtheilung des Russ. «Rothen Kreuzes» unterbleibt, da die italienische Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» die Mittheilung gemacht hat, dass bereits für ausreichende ärztliche Hülfeleistung bei ihren Verwundeten gesorgt sei.

— Der reiche Kiewer Zuckerfabrikant L. Brodski hat zu den 40,000 Rbl., welche er zum Bau eines bacteriologischen Instituts im vorigen Jahre spendete, jetzt noch 15,000 Rbl. hinzugefügt, da die erstgenannte Summe für den Bau nicht ausreicht.

— Die hiesige Gesellschaft zur Fürsorge für Reconvalescenten und Schwächliche hat beschlossen das ihr bereits zu Gebote stehende Capital im Betrage von 71,800 Rbl. zur sofortigen Errichtung eines ihren Zwecken entsprechenden Asyls zu verwenden.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. April 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 8. April 1896.

Tagesordnung: Dr. Jalan de la Croix: Milzabscess nach Typhus abdominalis.

Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder am 24. Mai.

Kolberg

war 1895 von 10,011 **wirklichen Kurgästen** besucht.

Fremdenverkehr während der Kurzeit über 20,000 Eisenbahn-Sommerfahrkarten. Neu eingelegter Nachtzug von und nach Berlin.

Kolberg

verbindet gleichzeitig **See- u. natürliche Soolbäder**.

Starker Wellenschlag. Feinsandiger stein- und schlammfreier Strand. **Warme See- und kohlensäurehaltige Soolbäder.**

Dampfer-Verbindung mit Bornholm, Kopenhagen, Heringdorf u. Rügen.

Telephon-Verbindung mit Berlin, Stettin und anderen Städten.

KOLBERG

See- und Solbad

Dampf- und Moorbäder, Inhalatorien, Heilgymnastik und Massage. **Ausgedehnte Park- und Gartenanlagen.** 3 Kilometer lange **Dünenpromenade.**

See- und Soolbad.

Kolberg

hat Wasserleitung mit Hochdruck Kanalisation. Städtischer Schlachthof **Verkaufsstellen** guter Milch, Molken, sowie aller Arten Brunnen zu Trinkkuren. 13 Aerzte, 3 Apotheken. **Grosser Promenadensteg in See.**

Kolberg

hat eigenes Theater mit guter Oper, Militär-Kapelle, Spielplätze und Lesehalle. Wasser und Buschcorsos. Réunions, Ballgesellschaften und Kinderfeste.

Grosse Auswahl von Wohnungen zu mässigen Preisen.

BAD ELSTER, Königreich Sachsen.

Directe Eilzugsverbindung mit den Hauptstädten — 491 Meter über dem Meere — von dicht bewaldeten Bergen umkränzt, reizend gelegen. Der Curort erfreut sich reinster Gebirgsluft, ist inmitten meilenweiter Waldungen vor starken Winden geschützt, parkartig angelegt, besitzt vorzügliche Quellwasserleitung. Klima gebirgsfrisch, doch im Ganzen milde und auffallend gleichmässig.

Zwölf alkalische salinische **Eisensäuerlinge**, sich abstufend von den mildesten bis zu den stärksten und eine kräftige **Glaubersalzquelle**. Von den fünf zu Trinkkuren benutzten Heilquellen enthält die Moritzquelle 0,09 Eisenoxydul im Liter, so dass sie zu den stärksten Stahlquellen Deutschlands zählt, die Königsquelle neben 0,08 Eisenoxydul zugleich 0,11 Lithionbicarbonat. Milch-, Molken-, Kefirkuren. **Kohlensäurereiche Stahlbäder**, als vorzüglich anerkannte **Eisenmoorbäder**, electrische und Fichtennadelbäder, kohlensäure Bäder, System Fr. Keller, künstliche Salz- und Soolbäder, Dampfbäder, Electrische und Kaltwasser-Kur, Massage. — Die Kureinrichtungen sind «in jeder Beziehung ausgezeichnet». (Seegen, Kisch, Thilenius u. A.).

Curzeit vom 1. Mai bis 30. September.

Frequenz 1895: 7460 Personen. Vom 1. bis 15. Mai und vom 1.—30. September ermässigte Bäderpreise, sowie vom 1. September ab halbe Curtaxe. Gutes Curorchester und Sommertheater, Künstlerconcerte. Neues prachtvolles Curhaus mit Concert-, Speise-, Spiel-, Gesellschafts- und Lesezimmer. Electrische Beleuchtung. Protestantischer und katholischer Gottesdienst. Spielplätze für Kinder und Erwachsene (u. A. Lawn-Tennis). Reizende Umgebung. (39) 2—1.

Ausführliche Prospecte postfrei durch die **Königliche Baddirection.**

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst

(38) 7—1 die Badeverwaltung.

CUR- UND SEEBAD PERNAU

in Livland.

Saison vom 20. Mai bis 31. August.

Nähere Auskünfte durch die Badecommission. (21) 4—2.

FRANZENSBAD.

Das **erste Moorbad**, besitzt die **stärksten Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge, sehr kohlensäurereiche Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder.**

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt **das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.**

(24) 4—2.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

Ober Salzbrunn Schutz-Marke

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.

Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.

Fuhrbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

(31) 10—1.

Aerztliche Kurpension

NORDERNEY

Auskunft durch Sanitätsrath Dr. Kruse. Dr. Menke.

Saison 1.Mai—1.Oct. **Bad Nauheim** Frequenz 14136

bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, reine Luft. Ausgezeichnet durch die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badestrudel** (30—34° C.), ermöglicht mehr, als irgend ein anderer Badeort die Anwendung der verschiedenartigsten Bäderformen von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden kohlensäurereichen Thermalsoolbädern**, die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Einzig in ihrer Art, sind die naturwarmen, ungemein kohlensäurereichen Sprudelstrombäder. Sonstige Kurmittel: **zwei salinische** und **eine alkalische Trinkquelle, Milch- und Molkenkur, elektrische Bäder, Douchebäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institute für schwedische Heilgymnastik** und **Massage, Medico-mechanisches Zander-Institut, Traubenkur, Terrainkur etc.**

Unterhaltungen: grosser, schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert- und Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 36 Musiker starke Kurkapelle, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See, Lawn-Tennis etc. In nächster Nähe ausgedehnte Waldungen mit zahlreichen neu angelegten Wegen. Die Stadt ist jetzt vollständig kanalisirt und mit Klärbeckenanlage versehen. Ein neues Wasserwerk liefert gesundes Trinkwasser in alle Häuser (Wasserspülung). Kurhaus, Anlagen und einzelne Theile der Stadt sind electrisch beleuchtet. Jede Auskunft ertheilt gerne:

(30) 2—1 Der Vorstand des Kur- und Verschönerungsvereins: **August Wagner.**

Kissingen. Dr. C. Dapper's Sanatorium
Neues Kurhaus

Für Magen- und **Darmkrankheiten. Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie** (**Mastkuren**). Geöffnet **April — Januar.** Prospecte. (17) 18—2.

Das Handelshaus
ALEXANDER WENZEL.
St. Petersburg, Gorochowaja 33.
Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Droguenisten, Regimenter und viele Landschaften
Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.



Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen. Kopf- und Zahnbürsten. Guttapercha u. Hornkämme, Zubehör für Massage.

General-Agentur für:
Kindermehl und condensirte Milch von Nestle in Vevey.
Nährmittel „Maltos Cannabis“ aus der Fabrik «Rothes Kreuz» in Stockholm.
Kräuter-Bonbon „Ketty Boss“ B. Semadeni.
Illustrirter Preiscourant gratis. (4) 8—3.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.
Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (2) 12—1

Neu eröffnet
die erste specielle Engros-Niederlage
in Moskau.
Chirurgische und Verband-Artikel, Gummi-Waaren,
Gegenstände zur Krankenpflege, Pharmac. Utensilien.
HANDELSHAUS
A. Bolt & Co., Moskau.
Ильинка, Іосифовское Подворье. (35) 3—1.
Der illustrirte Preis-Courant wird auf Wunsch gratis zugesandt.

Pädagogium Thale a. Harz,
unter dem Protectorat Sr. Hoheit des Prinzen Eduard v. Anhalt.
Lehr- und Erziehungsanstalt für deutsche und ausländ. Knaben. Gesunder Aufenthalt, gute Pflege. Individuell. u. energisch. Unterricht Beste Empfehlung. Prospecte.
(13) 6—3. **Dr. Lohmann.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. В. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Соляннова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17 кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

A. A. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Дозв. ценз. Спб. 8 Апрѣля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 13. (25.) April 1896

Zur Casuistik der Serumtherapie bei Diphtherie.

Von

Dr. Erdberg.

Vortrag, gehalten in dem Verein der Aerzte Nordkurlands am 9. December 1895.

M. H.! Es ist in den letzten Jahren so viel über die Serumfrage von autoritativer Seite veröffentlicht worden, dass es beinahe müssig erscheint, wenn ich meine geringe Anzahl von Fällen zum Gegenstande eines Vortrages gemacht habe, doch glaube ich, dass es doch von Interesse sein dürfte gerade über Fälle vom Lande zu referiren, gerade bei uns, wo in die ländliche Bevölkerund die Kunde von der epochemachenden Entdeckung **Behrings** noch nicht gedrungen ist, die Leute daher noch garnicht bei jedem verdächtigen Symptome im Halse sofort medicinische Hilfe aufsuchen; — so bringe ich Ihnen in meinen Fällen fast nur Spätfälle und wenn trotzdem die Statistik für unsere landschen Verhältnisse relativ günstig ausfällt, so glaube ich dieses Moment doch dem Serum und weniger einem Zufall zuschreiben zu müssen.

Gestatten Sie, dass ich Ihnen zuerst die Krankengeschichten vorlege, um dann an dieselben noch einige epikritische Bemerkungen zu knüpfen.

I. F. T. 2. a. n. bisher stets gesund gewesen, erkrankte in der Nacht vom 26. auf d. 27. V. mit Appetitmangel, Heiserkeit u. Husten auch Athembeschwerden, die immer stärker wurden, so dass ich mich bei der Besichtigung am 29. V. also am dritten Krankheitstage genöthigt sah das Kind ins Krankenhaus aufzunehmen. Status am 29. V. abends. Gut genährtes Kind, leicht anämisch. T. 37, 4 P. 130 At. 25. Bei der In- und Exspiration Stenosengeräusche, leichte Einziehung der unteren Thoraxapertur, die bei Hustenanfällen stärker wurden. Der Rachen stark geröthet, auf den Mandeln weisse, fest haftende Membranen, Uvula frei von Belag, nur stark geröthet, an der hinteren Rachenwand zwei kleine, weisse Plaques. Kieferdrüsen geschwellt, von mittlerer Consistenz. Ueber d. Lungen Vesiculärathmen mit spärlichen trockenen Ronchi. Urin nicht zu erhalten, da das Kind seinen Urin stets unter sich lässt. — Es konnte nicht gleich Serum injicirt werden, da ich mir solches telegraphisch besorgen musste.

30. V. T. 37. 6. P. 120 At. 25. Das Kind ist unruhig, Husten stärker mit croupalem Beiklang. Der Befund bleibt im Laufe des Tages unverändert wie am Tage vorher. Die Nacht vom 30. auf d. 31. V. ist das Kind sehr unruhig und schläft wenig.

31. Mai 6 Uhr Mgs. Injection von Behring II (1000 J. E. auf 10 Cm.) in den Oberschenkel in zwei Partieen — also am V. Krankheitstage. Der Rachenbefund unverändert, wie bei der Aufnahme. 10 Uhr morgens; das Kind ist vor einer Stunde eingeschlafen athmet ruhig, wenn auch beschleunigt, 22. Stenosengeräusche geringer.

6 Uhr Abends, also 12 Stunden nach der Injection. Das Kind hat zu Mittag mit besserem Appetit gegessen. Es ist munterer, Stenosengeräusche vollständig geschwunden. Die Plaques im Rachen verschwunden, an den Tonsillen noch vorhanden aber mehr schleierartig, der ganze Rachen geröthet. Hatte um 2 Uhr mittags, also 8 Stunden nach der Injection eine grosse in Lösung begriffene Membran ausgehustet.

1. Juni Morgens. Temp. 37.0 At. 20. P. 96. Das Kind hat die Nacht gut geschlafen. Isst mit Appetit und spielt im Bett. Abends also 38 Stunden nach der Injection P. 96. T. 36.1 At. ruhig 18. Drüsen deutlich verkleinert, der Belag fast geschwunden, nur auf der linken Mandel noch ein kleiner Plaque sichtbar, sonst der ganze Rachen geröthet. Hat im Laufe des Tages noch einige gelöste und zerfetzte Membrane expectorirt.

2. Juni. T. 37.0 P. 93. At. 16. Gut geschlafen, Appetit gut, spielt im Bett. Rachen und Tonsillen noch geröthet, doch kein Belag mehr vorhanden — 62 Stunden nach der Injection. Das Kind blieb noch bis zum 12. Juni auf der Abtheilung und war die ganze Zeit über vollständig munter, die Temperatur ging nie über 37.3 hinüber und hielt sich der Puls dauernd unter 100. Am 5. Krankheitstage nach der Injection war der Rachen vollständig normal, nur die etwas geschwollenen aber fast garnicht gerötheten Tonsillen erinnerten an die überstandene Diphtherie. Nach Eiweiss im Urin wurde in den ersten Tagen nach der Injection vergebens gefahndet da Pat. den Harn immer unter sich liess, die vom 3. Tage nach der Injection täglich vorgenommenen Untersuchungen ergaben ein negatives Resultat. Ein Exanthem wurde nicht beobachtet.

II. A. Z. 3. a. n. aus demselben Knechtgesinde wie Fall I. Soll in der Nacht vom 3. auf den 4. Juni erkrankt sein und wurde mir am 5. Juni Abends vorgestellt. Status: Gut genährtes Kind T. 37.6. P. 140. At. 30. Bei der In- und Exspiration Stenosengeräusche, leichte Einziehungen der unteren Thoraxapertur, Husten mit stark croupalem Beiklang. Tonsillen Uvula und Rachen stark geröthet, auf beiden Tonsillen und auf der hintern Rachenwand mehrere weisse, festhaftende

Plaques. Unterkieferdrüsen geschwollen, von mittlerer Consistenz. Auf den Lungen Vesiculärathmen. Um 10 Uhr Abends Injection von Behring I in den Oberschenkel in zwei Partieen. Es wurde Behring I (600 I. E. auf 5 Ccm.) injicirt weil nichts anderes vorhanden war.

6. Juni 10 Uhr Morgens, also 12 Stunden nach der Injection: In der Nacht gut geschlafen. Auf den Tonsillen noch dieselben Plaques, die Plaques auf der hinteren Rachenwand deutlich verkleinert und von mehr schleierartigem Aussehen. Das Kind hat gegen Morgen unter croupal klingendem Husten in Lösung begriffene Membranen ausgehustet. T. 38.1. P. 128. At. 30.

9 Uhr Abends Rachenbefund unverändert; doch ist das Kind munterer, spielt im Bett und hat am Abend mit Appetit gegessen. T. 37.2 At. 28. P. 118.

11 Uhr Abends. Das Kind hat zwei Stunden ruhig geschlafen, Stenosengeräusche geschwunden. Hat noch mehrere in Lösung begriffene Membranen ausgehustet.

7. Juni. 6 Uhr Morgens. Hat die Nacht gut geschlafen, Appetit gut, Stimmung gut. Die Plaques auf den Mandeln im Abnehmen begriffen. T. 37.0. At. 25. P. 85.

9 Uhr Abends. T. 36.9. P. 95. At. 20. Drüsen deutlich verkleinert. Hat ganz munter im Bett gespielt.

8. Juni. 9 Uhr Morgens. T. 36.8, P. 100. At. ruhig, 20. Gut geschlafen. Während der Harn bis dato frei von jeglichem Niederschlag war, stellte sich heute eine leichte Trübung beim Kochen ein, die auf Säuren nicht gewichen sein soll nach Angabe der pflegenden Schwester. Rechte Mandel frei von Belag, links noch wahrnehmbar.

9 Uhr Abends. T. 36.8. P. 100. At. 25. Subject. Wohlbefinden.

9. Juni. 9 Uhr Morgens. T. 36.5. P. 100. At. 20. Keine Trübung des Harns mehr beim Kochen. Das Kind ist sehr munter. Der Rachen ist noch geröthet, doch sind sämmtliche Beläge verschwunden.

Am 11. Juni wird das Kind entlassen, der Harn blieb eiweissfrei. Ein Exanthem wurde nicht beobachtet.

III. J. H. 2½ a. n. bisher gesund gewesen, erkrankt am 13. Juni mit Heiserkeit und Unlust zum Spielen. Am 14. stellten sich leichte Athembeschwerden ein, die Erscheinungen steigerten sich, so dass ich am 16. Morgens, also am 3. Krankheitstage consultirt wurde und das Kind sofort ins Krankenhaus aufnahm.

Status: Gut genährtes stark anaemisches Kind. P. 110. T. 38.0 At. 42. Starke Stenosengeräusche, starke Einziehungen des Iugulum die bei Hustenstössen stärker wurden. Bellender Husten. Das Kind ist etwas somnolent. Rachen stark geröthet, an der hinteren Rachenwand ein kleiner fest haftender Belag, Mandeln und Uvula frei. Drüsen am Halse geschwollen, von mittlerer Consistenz. Ueber den Lungen Vesiculärathmen und vereinzelte trockene Rasselgeräusche. ½12 Uhr Mittags Injection von Behring III (1500 I. E. in 10 Ccm.) in zwei Stellen am Rücken und in den Oberschenkel. Da die Stenosenerscheinungen zunehmen um ½2 Uhr Tracheotomia interior, bei der 2. derbe Membranen ausgehustet werden. Nach der Tracheotomie Collaps, der mit Aetherinjectionen erfolgreich bekämpft wird.

½7 Uhr Abends, 7 Stunden nach der Injection. Unter Husten Expectoration einer derben in Lösung begriffenen Membran. T. 38.3 At. 70. angestrengt, costal und costoabdominal. P. 150. aussetzend.

9 Uhr Abends verlangt das Kind zu essen und geniesst mit Appetit ein Glas Milch und etwas Weissbrod.

17. Juni. 9 Uhr Morgens. T. 38.2. P. 148 regelmässig At. 55. Auf den Lungen feinblasige feuchte und trockene Rasselgeräusche hörbar, Percussion normal. Ordination feuchte Umschläge auf die Brust, stündlich zu wechseln. Die Nacht geschlafen, allerdings unruhig, da die Canüle sich häufig verstopfte. Bei Hustenstössen hat Pat. in Lösung begriffene Membranen expectorirt. Der Rachenbefund unverändert (21 Stunden nach der Injection) 9 Uhr Abends T. 38.0. P. 140. At 52. Hat mit Appetit gegessen, ist auch im Wesen munter, theilnahmvoller, am Nachmittag zwei Stunden ruhig geschlafen. Lungenbefund derselbe.

18. Juni. 9 Uhr Morgens. Die Nacht fest und ruhig geschlafen, nur zweimal erwacht wegen Verstopfung der Canüle. Rachen noch geröthet, doch ist der Belag verschwunden. 44 Stunden nach der Injection. T. 38.2, P. 136. At. 50.

Abends. T. 38.4. P. 140. At. 50. Im Harn kein Eiweiss.

Bis zum 23. Juni, also dem 8. Tage nach der Injection ist das Befinden ein gutes, nur die Lungenerscheinungen bleiben unverändert, daher Entfernung der Canüle nachdem das Kind schon 24 Stunden vorher mit theilweise verschlossener Canüle geathmet hatte. Die Fistel schliesst sich gut und ist am 8. Tage nach der Herausnahme nicht mehr durchgängig. Allmählich geben sich die Lungenerscheinungen, so dass das Kind entlassen werden konnte.

IV. K. P. 9 Mon. alt. Immer gesund gewesen, seit dem 3. September etwas mürrisch und Appetitmangel, sonst war den Eltern nichts aufgefallen, am 6. September fiel den Eltern der bellende Husten auf und eine «gewisse Athemnot» die sie veranlassten mich am 7. September zu consultiren, also am 4. Krankheitstage.

Status: Gut genährtes kräftiges Kind, leichte Cyanose. Bei der In- u. Exspiration Stenosengeräusche, Einziehung der unteren Thoraxapertur wie auch geringe des Iugulum. T. 38.6. P. 170. At. 54. Rachen geröthet mit 2 Plaques bedeckt, auf den Mandeln ebenfalls Belag, Uvula frei. Drüsen geschwollen. Auf den Lungen Vesiculärathmen, VO und HO feuchte feinblasige Rasselgeräusche. Um 2 Uhr Nachmittags Injection von Behring III (1500 I. E. in 10 Ccm) in beide Oberschenkel. Die Füllung des Serum war vom Mai.

Da die Stenosenerscheinungen zunehmen um 7½ Uhr Abends Tracheotomia sup. Aushusten einer in Lösung begriffenen Membran. Tod im Collaps.

V. I. P. 5½ a. n. Bruder von Fall IV. Soll nach Angaben der Eltern schon eine Woche krank sein, auch schon von einem Arzte mit Pyoctanin behandelt worden sein. Da ihr zweites Kind auch erkrankte und eines schon an einer Halskrankheit vor 14 Tagen gestorben war, brachten sie dieses am 7. September auch ins Krankenhaus.

Status: Gut genährtes, kräftiges etwas anaemisches Kind. Keine Cyanose. Bei der In- u. Exspiration Stenosengeräusche, geringe Einziehung der unteren Thoraxpartie, bellender Husten. Rachen geröthet, auf der linken Mandel und der hinteren Rachenwand einzelne gelblich weisse Beläge. Uvula frei. Unterkieferdrüsen geschwollen, von mittlerer Consistenz. Ueber den Lungen Vesiculärathmen. Urin eiweissfrei. At. 40. P. 100. T. 37.0. Injection von Behring II in die Bauchhaut, Füllung vom Mai, um 2½ Uhr Nachmittags.

9 Uhr Abends. P. 100. T. 36.5. At. 40. Hat mit Appetit gegessen. Husten etwas stärker, mit Expectoration von Schleim, auch eine in Lösung begriffene Membran ausgehustet. Klagt über Schmerzen an der Injectionsstelle. Injectionsflüssigkeit resorbirt. Rachen geröthet, die Plaques auf der linken Mandel verkleinert, schleierartig, sonst unveränderter Befund.

8. September. T. 37.3. P. 108. At. 20. Gut geschlafen Appetit gut. Im Harn kein Eiweiss. Athmung freier, doch noch immer Stenosengeräusche, Rachen geröthet, Plaques fast vollständig geschwunden. Der Schmerz an der Injectionsstelle hat sich derart gesteigert dass Pat. aufschreit, wenn man ihn an dieser Stelle berührt. Kein Exanthem.

6 Uhr Abends. P. 88. T. 37.0. At. 22. Am Nachmittag 3 Stunden fest geschlafen. Appetit gut.

9. September 8 Uhr Morgens. Rachen geröthet, Plaques nicht mehr sichtbar. Athmung frei, nur bei stärkerer Erregung noch geringe Stenosengeräusche. Drüsen deutlich kleiner, die Injectionsstelle ist nur noch leicht empfindlich T. 36.7. P. 88. At. 20.

8 Uhr Abends. T. 36.4. P. 72. At. 20. Schmerz an der Injectionsstelle ganz geschwunden.

10. September. Auf Wunsch der Eltern entlassen. — Nach eingezogenen Erkundigungen ungestörte Reconvalescenz.

VI. K. M. 1½ a. n. Soll am 9. September Abends erkrankt sein mit Appetitmangel, Unruhe und leichtem Husten, diese Erscheinungen wurden allmählich stärker, so dass die Eltern sich am 13. veranlasst sahen das Kind ins Krankenhaus zu bringen.

Status: 6 Uhr Abends. Gut genährtes Kind, anämisch P. 168. At. 60. T. 38.5. Lippen cyanotisch, etwas apathisch, starke Stenosengeräusche, bei der In- u. Exspiration starke Einziehungen der unteren Thoraxapertur, bellender Husten, Lungen frei. Rachen geröthet, auf Uvula Mandeln und hinterer Rachenwand dicke weissliche fest haftende Membranen. Unterkieferdrüsen geschwellt, von welcher Consistenz. Injection von Behring III (1500 I. E. auf 10 Cbcm.) Füllung vom 22. Mai 1895, in die Bauchhaut und den linken Oberschenkel. Tracheotomie wird verweigert.

¾9 Uhr Abends. Injectionsgeschwulst geschwunden. Das Kind ist sehr unruhig, Athmung angestrengt 52. P. 164. Tracheotomie wird auf keinen Fall gestattet.

14. September. 1 Uhr Nachts. Die Beläge sind unverändert, nur auf der hinteren Rachenwand sind sie mehr schleierartig, an den Rändern eingerollt. P. 188. At. 62. T. 38.0.

10 Uhr Morgens. Cyanose stärker, Athmung sehr angestrengt, pfeifend, Puls nicht zu zählen. Um 2½ Uhr exitus letalis.

VII. K. L. 1½ a. n. wahrscheinlich am 17. October erkrankt mit Unbehagen und leichtem Husten, seit dem 21. October jedenfalls schon schwer krank doch wurde ich erst am 23. October, wo die Leute wussten, dass ich in der Gegend sei consultirt und ordnete die sofortige Aufnahme ins Krankenhaus an.

Status: 4 Uhr Nachmittags. Gut genährtes Kind, anämisch. P. 120. T. 38.2. At. 44. starke Stenosengeräusche, Einziehung der unteren Thoraxapertur, bellender Husten. Auf beiden Tonsillen und der Uvula weisse fest haftende Beläge, Rachen stark geröthet. Unterkieferdrüsen geschwollen, von mittlerer Consistenz. Ueber den Lungen Vesiculärathmen. Injection

von Behring III (1500 I. E. auf 10 Ccm.), Füllung vom 28. Mai 1895, in den Oberschenkel.

Um 7 Uhr Abends ist das Kind etwas ruhiger, wenn auch die Stenosenerscheinungen nicht zurückgegangen sind. Ich tracheotomirte leider nicht gleich, im Vertrauen auf das Serum einerseits und das unveränderte Aussehen des Kindes (keine Cyanose) anderseits und dann getäuscht durch die Angabe der Eltern: das Kind sei erst zwei Tage krank. Der status blieb unverändert bis ich in der Nacht um 1 Uhr geweckt wurde, nachdem ich vor einer Stunde das Kind ruhig schlafend, allerdings mit starken Stenosengeräuschen verlassen hatte. Um 1 Uhr Cyanose der Lippen, starke Einziehung des Iugulum, Athmung keuchend 50, Extremitäten kühl P. 180. Sofortige Tracheotomie. Tod im Collaps bei Eröffnung der Trachea.

VIII. M. K. 4 a. n. wurde mir am 3. Krankheitstage gebracht. Das Kind klagt über Schmerzen im Halse beim Schlucken.

Status: Gut genährtes Kind. T. 38.0. P. 110. At. 30. Keine Einziehungen resp. Stenosengeräusche, kein croupaler Husten Kieferdrüsen ein wenig geschwollen. Rachen stark geröthet Uvula frei von Belägen, auf beiden Tonsillen in den Lacunen weisse fest haftende Pfröpfe. Ueber den Lungen Vesiculärathmen. Auf Drängen der Eltern Injection von Behring III in beide Oberschenkel um 12 Uhr Mittags.

Am Abend hatte das Kind, nachdem es am Nachmittag geschlafen hatte, mit gutem Appetit gegessen. Rachenbefund unverändert T. 37.6. P. 90. At. 30.

Am anderen Tage, also 24 Stunden nach der Injection waren die Beläge entschieden spärlicher, einzelne deutlich eingerollt, andere von schleierartigem Aussehen. Subjectives Wohlbefinden. T. 37.6 P. 88. At. 25.

Am 4. Tage, wo ich auf Drängen der Eltern das Kind entlassen musste, waren die Beläge fast vollständig geschwunden, der Rachen nicht geröthet, nur die Mandeln noch geröthet und geschwollen. Nach späteren Erkundigungen ungestörte Reconvalescenz.

Ausser diesen acht von mir selbst beobachteten Fällen verfüge ich durch die Liebenswürdigkeit einiger Collegen über noch vier Fälle und einen Fall bei einem Erwachsenen. Ich werde mir erlauben von diesen Fällen das Wichtigste Ihnen mitzutheilen, bieten doch auch diese viel Interessantes.

Also Fall IX erkrankte in Zabeln und handelte es sich um ein 3½jähriges Kind. Es kam am V. Krankheitstage unter allen Erscheinungen einer Larynxdiphtherie mit Dyspnoe, Einziehung des Jugulum, einem Pulse von 110 etc. ins Krankenhaus und wurde um 4 Uhr Nachmittags mit Behring II gespritzt. Da die Stenosenerscheinungen eher zu- als abnahmen, wurde das Kind 12 Stunden nach der Injection tracheotomirt, wobei zum ersten Male durch die Trachea in Lösung begriffene Membranen ausgehustet werden. Nach der Tracheotomie wird das Kind ruhig, schläft und verlangt zu essen. 17 Stunden nach der Injection zeigen die Membranen eine gelbliche Verfärbung und sind auch kleiner geworden, um circa 3 Tage nach der Injection ganz geschwunden zu sein. Auffallend war es nur dem behandelnden Arzte, dass Abends immer Temperatursteigerungen waren, der Appetit sich nicht besonders hob und der Puls beschleunigt blieb. Da sonst vollständiges Wohlbefinden bestand, wurde am 5. Tage Abends die Canüle entfernt. Nach Entfernung derselben stellte sich starke Dyspnoe ein, das Kind drohte zu collabiren. (Ein Versuch das Kind vorher bei geschlossener Canüle athmen zu lassen war nicht gemacht worden). Infolgedessen wurde die Canüle wieder eingeführt. Spiel der Nasenflügel, geringe Einziehung des Jugulum, auf den Lungen war dabei kein Geräusch zu hören. Der Puls wurde frequenter und frequenter. Es wurde in der Nacht, nach dem unglücklichen Versuch die Canüle zu entfernen noch einmal Serum II injicirt, und das Kind künstlich mit Aetherkampherinjectionen am Leben erhalten. Am Morgen war das Kind etwas ruhiger, doch hörte man jetzt trockene und feuchte Rasselgeräusche auf den Lungen. Gegen Abend wurde noch einmal Serum I injicirt, da das Kind wohl ruhig athmete, der Puls auch voller und langsamer geworden war, doch ein absoluter Erfolg noch nicht zu verzeichnen war. Nach dieser Injection besserte sich das Befinden rasch und bis auf die Pneumonie war das Kind ganz wohl. Am 7. Tage nach dem zweiten Anfall wurde die Canüle entfernt, die Wunde schloss sich reactionslos und ist das Kind jetzt vollständig hergestellt.

X. Aeltere Schwester von Fall IX. 6-jähriges Kind, an dem der Erkrankung der jüngeren Schwester folgenden Tage erkrankt. T. 38.0. P. 120. Im Rachen und auf den Tonsillen Plaques, Uvula frei. Wurde gleich, also am 1. Krankheitstage gespritzt mit Behring I. Der Puls ging schon nach einigen Stunden zur Norm herab, am 2. Krankheitstage waren die Beläge bedeutend kleiner, am dritten geschwunden. Der Appetit besserte sich auch bald nach der Injection.

XI. Hier wird es sich wohl nur um eine Angina gehandelt haben, da nach der Anamnese die 10jährige Patientin schon oft an «Diphtherie» gelitten haben soll. Sie kam am 3. Krankheitstage nach Z. mit einer rechtsseitigen Tonsillitis mit central gelegenen Plaques, geschwollenen Drüsen, einer Temp. von 39.6 und einem Pulse von 100. Sie wurde sofort auf Wunsch der Eltern mit Serum II gespritzt. Am anderen Tage waren die Plaques gelblich verfärbt, aufgerollt — Abends fieberfrei. Am 3. Tage Plaques vollständig verschwunden.

XII. 3½jähriges Kind, das schon eine Woche vorher von einem Arzte auf Angina follic. behandelt worden war, später jedoch steigerten sich die Beschwerden, so dass es zur Injection aufgenommen werden musste. Der Puls war 110. Resp. sehr beschleunigt, Stenosengeräusche auch während des Schlafes vorhanden, besonders bei der Inspiration, Einziehungen der unteren Thoraxapertur bei Hustenstössen: also ein Bild wo man sich auf eine Tracheotomie vorbereiten musste. Es wurde sofort Serum I in die Bauchdecken injicirt. Es trat eine merkliche Besserung einige Stunden nach der Injection ein, es expectorirte dicke schleimige Massen und die Tracheotomie trat in den Hintergrund. Nach 24 Stunden eine zweite Injection von Behring II, da die Stenosengeräusche nicht vollständig geschwunden sondern nur geringer geworden waren. Circa 15 Stunden nach der zweiten Injection ist die Athmung vollständig frei. Am 3. Tage nach der zweiten Injection ist der Belag im Rachen fast vollständig geschwunden. Am neunten Tage wird das Kind entlassen. In keinem der referirten Fälle ist Eiweiss im Harn oder ein Exanthem beobachtet worden.

XIII. Es handelt sich um eine 30jährige Mutter die sich bei der Pflege ihres an schwerer Diphtherie erkrankten Kindes inficirte und am 1. Krankheitstage mit Behring II gespritzt wurde. Der Verlauf war ein guter. Nach 3 Tagen war der Belag fast geschwunden und am 5. Tage ganz. Der Fall soll nach Angabe des behandelnden Arztes ein leichter gewesen sein und nur der elende Puls etwas bedrohliches gehabt haben. Im Uebrigen war der behandelnde Arzt der Ansicht, dass auch ohne Serum der Fall in Genesung übergegangen wäre.

Das sind die Krankengeschichten, die ich Ihnen vorlegen wollte, um an dieselben noch einige epikritische Bemerkungen zu knüpfen. Ein Bacillenbefund ist nicht erhoben worden und obgleich jetzt der Nachweis des Löffler'schen Bacillus zu einer exacten Diagnose erforderlich ist, glaube ich doch Beweiskräfte zu haben die die Diagnose genügend stützen. Fall I und II stammen aus demselben Knechtgesinde, wo ausserdem einige Tage vorher zwei Geschwister von Fall I gestorben sind, von denen ich das eine Kind sah und schon bei diesem die Diagnose auf Diphtherie stellte. Fall III, VI. VII u. XII stehen vereinzelt da, doch die Schwere der Erscheinungen, die erforderliche Tracheotomie bei Fall III, der exitus let. bei Fall VI und VII rechtfertigen, glaube ich zur Genüge der Diagnose. Fall IV und V sind Geschwister, von denen das eine trotz Serum in kurzer Zeit starb, daher glaube ich, ist es ganz gerechtfertigt auch beim älteren Kind Diphtherie und nicht Angina foll. anzunehmen. Fall 8 und 11 sind zweifelhaft und habe ich sie nur in Berücksichtigung gezogen, weil sie nach anderer Seite hin Interessantes bringen. Fall IX und X sind wieder Geschwister, wo wieder die Schwere der Erscheinungen die Diagnose rechtfertigt.

Die Injection wurde meistentheils in den Oberschenkel an zwei bis drei Stellen gemacht und war im Laufe von 3—6 Stunden resorbirt.

Ein Exanthem ist nicht beobachtet worden, ebenso nicht Eiweiss im Harn bis auf Fall II, wo am 2. Tage nach der Injection eine leichte Trübung auftrat um am 3. Tage wieder zu verschwinden.

Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle habe ich nur ein Mal bei Fall V beobachtet. Sie stellte sich ca. 6 Stunden nach der Injection ein, steigerte sich zum anderen Tage derart, dass man die Injectionsstelle nicht berühren durfte und sogar das aufliegende Laken schmerzhaft empfunden wurde um dann allmählich wieder abzuklingen, so dass am dritten Tage abends nichts mehr zu bemerken war.

Ein Abscess ist nicht vorgekommen.

Gespritzt wurde: einmal am ersten Tage, einmal am zweiten Tage, zwei Mal am dritten Tage, drei mal am

vierten Tage, zwei Mal am fünften Tage, ein Mal am sechsten Tage und 2 Mal am siebenten Tage. Es überwiegen also bei mir die späteren Tage.

Von den 12 Fällen waren alle, bis auf zwei, Kinder unter 4 Jahren.

Interessant ist Fall XII, wo eine Larynxstenose wieder zurückging, ein Vorfall der allerdings mehrfach beobachtet worden ist, im grossen Ganzen aber so selten vorkommt, dass er bei der Indication zur Tracheotomie nicht berücksichtigt werden darf. Fast in allen Fällen liess sich bald nach der Injection eine reichliche Expectoration von Membranen wahrnehmen. Auf die Temperatur war kein Einfluss zu bemerken. Der Puls hingegen ging bei den von mir beobachteten Fällen stets spätestens am 2. Tage nach der Injection unter 100 hinunter bis auf Fall III, wo aber die Pneumonie die Erklärung für den hohen Puls bietet. Ein Puls bis 130 ist nach meiner Erfahrung bei Anwendung der Serumtherapie ein prognostisch günstiges Zeichen.

Die Beläge verkleinerten sich ausnahmslos am 2. Tage und waren gewöhnlich am 5. Tage geschwunden.

Lähmungen sind nicht beobachtet worden.

Ausser Serum wurde in Fall I, II, IX und X nur noch Eis um den Hals angewandt Fall. III—VIII bekamen noch Inhalation einer Pepsinmilchsäurelösung (Pepsin 1,5 Acid lactici, aqu. destill. āā 15,0, von dieser Lösung 10,0 auf einen Liter Wasser). Fall XI wurde ausser mit Serum mit Gurgelungen von Kali chloric. und mit Priessnitzschen Umschlägen behandelt.

Fall XII bekam Inhalationen von Terpentin und Kalkwasser und Gurgelungen mit Kali chloric.

Schutzimpfungen sind nicht gemacht worden, doch würde ich gegebenen Falls mich nicht bedenken, sie vorzunehmen.

M. H. 12 Kinder habe ich Ihnen in meiner Casuistik vorgeführt; wenn ich von diesen die beiden streiche (Fall VIII und IX) bei denen es zum mindesten fraglich ist, ob es sich nicht nur um eine einfache Angina follic. gehandelt hat, bleiben noch zehn nach, von denen drei gestorben sind, also beinahe ein Drittel der mit Serum behandelten Fälle. Es ist wahrlich kein schönes Resultat, doch muss man bedenken, dass alle Fälle spät einkamen mit Pulsen oft über 150, ferner wurde bei einem Fall die Tracheotomie verweigert, in den beiden anderen Fällen hatte ich die Operation in der Hoffnung eines spontanen Zurückgehens der Stenosenerscheinungen recht lange hinausgeschoben und operirte in beiden Fällen an plötzlich stark collabirten Kindern, eigentlich schon selbst ohne Hoffnung auf Erfolg. Mir war es damals noch nicht so zum Bewusstsein gekommen, dass gerade bei Serumtherapie ein operativer Eingriff nöthig ist, und je früher angewandt, desto günstigere Resultate verspricht. Was das Serum leisten kann, zeigen besonders die Fälle III IX und XII

Wenn wir auf dem Lande auch nicht unter so günstigen Bedingungen wie in der Stadt mit Serum werden arbeiten können, so ist es meiner Ansicht nach doch Pflicht es anzuwenden, denn abgesehen davon, dass bis jetzt wohl schwerlich ²/₃ der Diphtheriekranken am Leben geblieben sind, haben wir zwei grosse Vortheile durch die Serumbehandlung: erstens können wir schon in der Ambulanz wirklich therapeutisch eingreifen und brauchen uns nicht wie früher nur auf Verordnungen, von denen wir nicht einmal wussten, ob sie befolgt wurden, zu beschränken. Wir wissen jetzt, dass, wenn wir Serum injiciren, wir die Krankheit wirklich bekämpfen und sind in so und so vielen Fällen nicht mehr abhängig von der meistens mangelhaften Intelligenz der Bauern. Ein zweiter grosser Nutzen, den uns Behrings Serum bringt, ist die Prophylaxe. Ein Absperren der gesunden Kinder ist auf dem Lande oft ganz unmöglich, durch die Schutzimpfung werden wir aber in die Lage versetzt, wenn die Macht der Verhältnisse ein Absperren nicht gestattet, auf diese Weise der Ansteckung entgegenzutreten und die Kinder vor Erkrankung zu schützen.

Referate.

Jaquet: Die Wirkung des Alkohols auf den Organismus.

Dubois: Der Alkohol als sogenanntes Heilmittel.

Forel: Ueber den therapeutischen Werth des Alkohols (Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte 1895, Nr. 24.)

Der Streit zwischen Mässigen und Abstinenten hat am 26. Oct. 1895 in der 50. Versammlung des schweiz.-ärztl. Centralvereins wieder einige bemerkenswerthe Vorträge für und wider den Alkoholgenuss gezeitigt Jaquet meint, nachdem er die bekannte Einwirkung des Alkohols auf Kreislauf, Athmung etc. besprochen (die spec. Wirkung grösserer Dosen gleich anderen Autoren auf Lähmung der psychischen Centren, mithin die Erregungserscheinungen auf den Wegfall von centralen Hemmungen zurückführt), dass die Schädlichkeit des lange Zeit fortgesetzten, mässigen Genusses von alkoholischen Getränken sich nicht beweisen lasse und von ihm, in Uebereinstimmung mit Austie, Parkes und Wollowicz, als Grenze des unschädlichen Quantums eine tägliche Alkoholdose von 50—60 c. c. angenommen werde. Dem gegenüber betont Dubois, dass der Alkohol als Genussmittel ganz aufgegeben werden müsse und auch als Heilmittel kaum zu empfehlen, jedenfalls aber erheblich einzuschränken sei. Zunächst als Nahrungsmittel dürfte der Alkohol, wenn er auch wirklich die Rolle der Kohlehydrate und des Fettes übernehmen kann, in seinem Nährwerth zu theuer sein und in nährenden Dosen schon toxisch wirken; als Sparmittel, als Verminderer der Oxydation des Körperweisses ist er überflüssig, sogar schädlich, da wir bei unserer Lebensweise ohnehin zu viel ein- und zu wenig ausgeben und eine Verlangsamung des Stoffwechsels in der Aetiologie der Adipositas, der Gicht, des Rheumatismus, des Diabetes, der Cholelithiasis, verschiedener Neuralgien u. s. w. sicher eine grosse Rolle spielt. Auch als Stomachinm ist der Alkohol zweifelhaft und entbehrlich, obgleich Dr. Jaquet ihn für ein «Magenmittel» hält; er, D., ist davon überzeugt, dass der Alkohol durch unschädlichere Mittel leicht ersetzt werden kann und dass gerade die Abstinenz den Appetit regelmässig steigert. Was endlich die excitirende Wirkung des Alkohols auf Herz und und Respiration anbetrifft, so kann sich D. der Jaquet'schen Meinung voll anschliessen, dass eine solche auf dem Wege des Reflexes durch locale Reizung der Magenschleimhaut ausgeübt wird, aber er zieht sie nur episodisch, bei acuten Erkrankungen, bei drohendem Collaps in Anwendung. Da ein Excitans eine Peitsche sei, welche nicht häufig und nur kurze Zeit gebraucht werden darf, hält er auch den wochenlangen Gebrauch von Alkohol für verwerflich und ersetzt ihn bei langdauernden Fieberkrankheiten (Typhus, Puerperalfiebern) durch Milch. Mithin kann D. dem Alkohol auch als Excitans nur in Momenten augenblicklicher Gefahr einen Platz im Arzneischatz einräumen; als stärkendes Nahrungsmittel lässt er es unter keiner Bedingung gelten. Die von Jaquet angezweifelte Schädlichkeit von 60 gr. Alkohol pro die, was etwa 4 Gläschen Cognac, 1½—2 Litern Bier oder 1 guten Flasche Wein entspricht, hält er für erwiesen und empfiehlt dringend statt dieser angeblichen Mässigkeit, die absolute Abstinenz. welche schon nach 2 Monaten zu ungeahntem Wohlbefinden führt und schon des uns stetig beobachtenden Publicums wegen, von den Aerzten geübt werden müsste. — Prof. Forel hebt hervor, dass die Referenten einen weniger entgegengesetzten, einen neutraleren Standpunkt einnehmen würden, wenn es sich nicht um einen alten Bekannten, sondern etwa um Antipyrin handelte. Wollen die Aerzte den Alkohol noch ferner als Heilmittel prüfen, so sollen sie die Suggestion weglassen und werden dann alsbald von ihm abkommen. Er, Forel, sei kein Fanatiker und gebe zu, dass die acute Anwendung (z. B. in Collapszuständen) vielleicht eine gute, wenn auch physiologisch unsichere Wirkung habe, von der chronischen Anwendung (als Tonicum) müsse er jedoch sagen, dass sie den physischen und moralischen Menschen schädige und gefährde. Von 75,000 Soldaten der indischen Armee sind ²/₃ Abstinenten, ¹/₃ nicht; bei diesen Nichtabstinenten betragen die Krankheits- und Bestrafungstage das Doppelte. Dr. Jaquet habe Kraepelin's und And. Experimente nicht erwähnt, nach welchen jeder Alkoholgenuss, auch schon 1 Deciliter Bier, Lähmung der Denkfähigkeit veranlasse, folglich von den Mässigen, die täglich 50—60 gramm concentrirten

Alkohols geniessen, viele zu den latenten Trinkern gerechnet werden müssen.

In parenthesi sei hier bemerkt, dass der Sitzung ein Banket folgte, dessen Charakter übrigens keineswegs der Tendenz des letzten Tractandums entsprach. „Ausser Selters und Apolinariskrügen bot die Tafel", wie der Berichterstatter sagt, „eine wohlthuende Abwechselung zwischen rheinweingelben und burgunderrothen Kelchen, sogar bleiplombirten Flaschen".

Fremmert.

Ludwig Ebstein: Zur Kenntniss der Salicylsäurewirkung auf die Respirationsschleimhaut. Wien. klin. Wochensch. № 11 1896.

Die Salicylsäure ist augenblicklich in zwei Formen vorhanden: erstens in seidenglänzenden, leichten weissen Nadelcrystallen und zweitens ist in der letzten Zeit noch die sogenannte amorphe Salicylsäure im Droguenhandel erschienen, ein lockeres weisses Pulver, welches leicht zerstäubend in die Luft übergeht und daselbst sich längere Zeit suspendirt erhält. Nun sind wohl bisher von verschiedenen Gelehrten, wie Nothnagel, Rossbach, Hager und Anderen kurze Erwähnungen darüber gemacht worden, dass die Salicylsäure auf Schleimhäute im Allgemeinen, und auf die Respirationsschleimhaut im Speciellen reizend und entzündungserregend wirke, noch fehlen aber bis auf eine Mittheilung Wolfberg's, welcher durch Einatmen von Salicylsäure eine hämorragische Pharyngitis mit Schlingbeschwerden entstehen sah, irgend welche Beschreibungen durch Salicylsäure entstandener Krankheitsbilder. Ebstein veröffentlicht nun einen Fall aus seiner Beobachtung, welcher einen Conservenerzeuger betrifft, der jahrelang auf einer Fabrik mit Salicylsäure zu thun gehabt hat und bei dem sich eine Verschlimmerung seines Zustandes in der Zeit einstellte, wenn das leicht zerstäubbare amorphe Salicylsäurepulver in das Gewerbe eingeführt wurde. Das Krankheitsbild war etwa folgendes: Quälender Husten sowohl bei Tag, als auch bei Nacht erschwerte Expectoration eines sehr zähen grauen Schleimes. Trockenheitsgefühl in den Luftwegen. Bei Tag machte sich oft Athemnoth bemerkbar in jeder Nacht plötzliches Aufwachen mit Erstickungsgefühl. Die rhinoscopische Untersuchung ergab eine düsterrothe Injection der gesammten Nasenschleimhaut, mit sehr geringer Secretion; gleicher Befund im Nasenrachenraum. Im Pharynx die Seitenstränge als besonders verdickte, entzündete Wülste hervortretend, die sich bei Würgebewegungen in horizontale, krause Falten legen. Im Larynx an den verdickten, gerötheten Stimmbändern im Umkreise beider Proc. vocales eine auffallende Veränderung: nämlich auf der oberen Fläche jedes Stimmbandes, über den Rand überhängend ist eine oedematöse, tumorartige Schwellung zu sehen in der Länge von etwa 5—7 mm. Diese Partien lassen ein deutliches Schwappen bei der Intonation beobachten. Die Trachea zeigt eine gleichmässige geschwellte, rothinjicirte Schwellung, dadurch eine concentrische Verengerung der Lumens und demgemäss auch ein deutlicher in — und exspiratorischer Stridor. In den Lungen trockene, pfeifende Geräusche. Ebstein verordnete nun innerlich Jodkali, nachdem Inhalationen von Natr. bicarbon., Natr. chlor., keine Erleichterung bewirkt hatten, und konnte nach vierwöchentlicher Behandlung sämmtliche Beschwerden als verschwunden wahrnehmen. Da der Patient zu seiner Beschäftigung wieder zurückkehrte weil das aetiologische Moment der Erkrankung Verf. nicht bekannt war, trat zweimaliges Recidiviren der Krankheitserscheinungen ein, bis der Patient genau ausgefragt, seine Beschäftigung mit Salicylsäure mittheilte woraufhin bald nach Ausscheiden aus seinem Berufe er als vollkommen hergestellt betrachtet werden durfte.

Hecker.

H. Janssen: Ueber einen Fall von tuberculöser Meningitis mit Ausgang in Heilung. Deutsche med. Wochenschrift №11. 1896.

Im Jahre 1892 behandelte Verf. einen 19-jährigen Corporal, welcher den ganzen Symptomencomplex der tuberculösen Meningitis aufzuweisen hatte: es bestand mässiges Fieber, Pulsverlangsamung und Pulsirregularität, starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Obstipation; es gesellten sich hinzu: Strabismus convergens, Genickstarre, Opisthotonus und Contracturen Ganz unerwartet trat Besserung ein, das Bewusstsein kehrte zurück, nach und nach verschwanden die übrigen Krankheitserscheinungen, so dass der Patient aus dem Hospital geheilt entlassen werden konnte. Nach 3 Jahren trat er wieder in's Spital ein, es entwickelte sich sehr rasch eine Lungentuberculose, der der Patient erlag. Bei der Autopsie fand Verf. die ganze Hirnconvexität mit grauen Tuberkelknötchen besät; dieselben erstreckten sich auch zwischen die Gehirnwindungen und folgten dem Verlauf der Blutgefässe, in deren Aussenwand sie eingebettet waren. Die grauen Tuberkelknötchen bestanden aus Bindegewebe und einigen wenigen Zellen. Auch an der Hirnbasis, neben dem Chiasma nerv. optic., in der fossa Sylvii fanden sich Knötchen Sowohl an der Convexität, als auch an der Basis waren die weiche Gehirnhaut und die Arachnoidea mit den oberflächlichen Schichten des Hirngewebes verwachsen Verf. räth in allen Fällen von tuberculöser Meningitis grosse Dosen Jodkalium zu geben. In dem von ihm beobachteten Fall wurde folgende Behandlung eingeschlagen: Der ganze Kopf wurde rasirt, auf denselben Eis applicirt, der ganze Körper bis zum Halse in warme Leinsamencataplasmen eingewickelt und ein Paar Blutegel am Septum narium gesetzt; ausserdem wurden grosse Gaben Jodkalium einverleibt; es werde mit 8,0 pro die angefangen und sehr schnell mit der Gabe gestiegen, so dass der Kranke nach Verlauf von wenigen Tagen 40 g. pro Tag erhielt; im ganzen verbrauchte er nicht weniger, als 950 grm. Diese enormen Quantitäten Jodkalium vertrug der Patient ohne den geringsten Schaden; die einzige unangenehme Erscheinung war eine Coryza, die aber bald verschwand. Es ist nicht zu bezweifeln, dass der ganze Körper mit diesen grossen Dosen von Jodkalium imprägnirt wurde; es geht das daraus hervor, dass alle Secrete und Excrete eine starke Jodreaction gaben. Die Wäsche wurde theilweise mit Stärke behandelt, und überall da, wo der Körper damit in Berührung gekommen war, oder wo Speichel, Harn darauf gelangt war, wurde die Leinwand blau. Verf. hält es für sehr wahrscheinlich, dass das Jod in statu nascendi die Colonien von Tuberkelbacillen in den Gehirnhäuten beeinflusst habe.

Abelmann.

Alexander R. v. Weismayr: Tuberculose bei Herzfehlern. (Wien. Klin. Wochenschr. № 8 u. 9). 1896.

Die Thatsache, dass eine Combination von Tuberculose mit Herzfehlern, indem nämlich erstere sich zu den letzteren hinzugesellt, eine äusserst seltene Erscheinung ist, ist feststehend. Das haben diesbezügliche Forschungen vieler Jahre gezeigt, sodass Rokitanski sich zu dem Ausspruche berechtigt sah: «die Venosität und Cyanose begründet eine eminente Immunität von tuberculöser Erkrankung». Nun sind in der Schrötter'schen medicinischen Klinik in den letzten 2 Jahren 6 Fälle von Klappenfehlern des linken Herzens zur Beobachtung gekommen, wo gleichzeitig eine Tuberculose der Lungen gefunden worden ist. Weismayr veröffentlicht sie, da sie als seltene Erkrankung von Interesse sind. In vier Fällen konnte dabei anamnestisch das Hinzutreten einer Lungenerkrankung zu dem bereits bestehenden Herzfehler eruirt werden. In einem Falle machte die Tuberculose im Leben überhaupt keine Erscheinungen, wurde aber durch die Section als exquisit chronische Erkrankung constatirt, in einem anderen Falle bestanden aber keine subjectiven Symptome des Vitium cordis, weshalb aus der Anamnese der Beginn dieser Erkrankung nicht eruirt werden konnte. Die Herzfehler waren folgende: 2 mal Insuff. valv. mitralis et Stenosis; 2 mal Insuff. valv. mitralis et Aortae; 2 mal Insuff. valv. Aortae. Bei drei Kranken verlief die Tuberculose entschieden chronisch und zwar bei den combinirten Erkrankungen des Mitral- und Aortenostiums und bei einer einfachen Aorteninsufficienz. Die drei übrigen zeigten einen rascheren Verlauf. Verf. glaubt nun den Schluss ziehen zu dürfen, dass der alte Satz von Rokitanski durchaus bestehen bleiben muss, beachtet man nur, wie selten so eine Combination beider Krankheitsformen ist im Vergleich zur grossen Zahl der isolirt von einander vorkommenden Herzfehler und Tuberculose der Lungen. Aus den beschriebenen Fällen ist ersichtlich, «dass beide Ostien des linken Herzens sich der Lungentuberculose gegenüber gleich verhalten, die combinirte Erkrankung mehrerer Ostien jedoch einen hemmenden Einfluss auf die Entwicklung respective den Verlauf der Lungentuberculose zu haben scheint.»

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ohlemann: Augenärztliche Therapie für Aerzte und Studirende. Wiesbaden 1896. Bergmann. 154 Seiten.

Kein Lehrbuch, sondern ein Rathgeber und Nachschlagebuch für den Praktiker. Pathogenese und Symptomatologie der Augenleiden sind nur ganz kurz erwähnt, soweit es zur Motivirung der therapeutischen Maassnahmen nöthig erscheint. Die operative und optische Behandlung werden nicht besprochen, nur darauf hingewiesen, wo sie am Platz sind. Das Buch behandelt die Heilmittel, die in mechanische, thermische, chemische, elektrische allgemeine eingetheilt werden. Die Besprechung ist eine recht eingehende. Verf. referirt über die Heilmethoden einiger hervorragender Kliniken aus eigener Anschauung und giebt im Uebrigen eine gute Zusammen-

stellung aus der Literatur. Es ist ihm gelungen diesen einseitigen Stoff so geschickt zu verarbeiten, dass man das Buch mit Interesse liest. Der Nutzen desselben ist ohne Weiteres einleuchtend; er erleichtete die Orientirung über die verschiedenen zahlreichen Methoden und wird daher jedem praktischen Arzt willkommen sein, der mehr mit Augenleiden zu thun hat.

Schroeder.

Fuchs. Leseproben für die Nähe. Wien 1895, Fritsch.

Eine neue Ausgabe der bekannten Jäger'schen Schriftscalen, von Prof. Fuchs derart modificirt, dass die Abstufungen einem bestimmten Gesetze folgen. Der Unterschied zwischen zwei aufeinander folgenden Nummern beträgt jetzt von Nr. 1 bis Nr. 11 annähernd 0 25 Millimeter, von Nr. 11 bis Nr. 16 0,5—1,5 Millimeter. Eine Tabelle giebt die gemessene Grösse der Buchstaben und die Entfernung an. in welcher sie unter einem Winkel von 5 Minuten erscheinen. Der Text ist nur deutsch in lateinischen Lettern, desshalb für Russland wenig geeignet. — Alle Einwände. die sich gegen die Sehschärfebestimmung in der Nähe erheben lassen, machen sich hier geltend. besonders da zusammenhängende, also leicht errathbare Schrift mit grossen Anfangsbuchstaben für die Hauptwörter gewählt und auf das Verhältniss zwischen Höhe der Buchstaben und Strichdicke nicht geachtet ist. Der Druck ist vorzüglich. Der geringe Preis (1 Mark) ermöglicht öfteren Wechsel.

Schroeder.

Dr. Maximilian Bresgen. Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund-, und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Dritte, umgearbeitete und erweiterte Auflage. (Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1896.)

Das vorliegende Werk hatte sich schon in seiner zweiten Auflage einer sehr günstigen Aufnahme von Seiten der Kritik zu erfreuen. Die Thatsache. dass es nach verhältnissmässig kurzer Zeit bereits in dritter Auflage erscheinen musste, ist schon an und für sich eine gute Empfehlung für dasselbe. Von grossem Vortheile sowohl für den Praktiker, wie für den Studenten ist es, dass das Buch die Krankheiten der gesammten oberen Respirationswege, die ja so eng zusammenhängen, zusammenfasst. Im ersten Theile findet der Leser eine sehr eingehende Beschreibung der Anatomie und Physiologie der betreffenden Organe. In verhältnissmässiger Kürze folgt darauf im zweiten Theile die Darstellung der allgemeinen Krankheits- und Behandlungslehre; der dritte Theil ist der speciellen Krankheits- und Behandlungslehre gewidmet. Ueberall ist die Darstellung klar, gründlich und den Gegenstand vollständig erschöpfend. wodurch jedem die Möglichkeit gegeben wird sich leicht über die Krankheiten der oberen Luftwege zu orientiren. Das ausserordentlich reiche Schriftenverzeichniss. das im Ganzen mehr als 6000 Nummern enthält. zeichnet das Werk noch mehr in dankenswerter Weise aus. Wir können deshalb der neuen Auflage denselben Erfolg, wie ihn die zwei ersten hatten, wünschen in der Ueberzeugung, dass das Lehrbuch eine noch weitere Verbreitung unter den Aerzten und Studirenden finden wird.

A. Sacher.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— F. Legneu und Leon Levy empfehlen die Anwendung von Airol, einem Jodderivat des Dermatols bei Urethritis gonorrhoica, und zwar soll nach vorausgeschickter Auswaschung der Harnröhre dieses Mittel in Form einer Emulsion nach der Formel:

Rp. Airol	2,0
Aq. destill.	5.0
Glycerini	15,0

zu 2 cbcm auf einmal in die vordere Harnröhre injicirt werden mit einer aseptischen und sterilisirbaren Spritze. Dieses Manöver muss einmal täglich vorgenommen werden und das Mittel einige Minuten in der Harnröhre gehalten werden. Nach 3 bis 5 Tagen soll auch in chronischen Tripperfällen Heilung oder wesentliche Besserung eintreten.

(Therap. Wochensch. № 9 1896).

— Ueber eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumin im Harne berichtete Adolf Jolles in der Sitzung vom 27. Jan. 1896 im Wiener med. Doctorencollegium, die im wesentlichen nur aus einer Vervollkommung einer bekannten Reaction besteht. Man hat zu dieser Probe ein Reagens nöthig nach folgendem Recept:

Hydrarg. bichlorati corros.	10,0
Acid. succin.	20,0
Natrii chlorati	10,0
Aqua destil.	500,0

Die Prüfung wird nun so vorgenommen, dass man 4 — 5 cbcm. von dem vorher filtrirten Harne mit 1 cbcm. Essigsäure (30%) ansäuert, hierauf 4 cbcm. von dem angegebenen Reagens hinzufügt und schüttelt. In einem zweiten Reagensglase versetzt man 4—5 cbcm. Harn ebenfalls mit 1 cbcm. Essigsäure, fügt dann aber 4 cbcm. aqua destil. hinzu und schüttelt durch. Durch Vergleichung beider Proben lassen sich noch minimale Eiweissspuren constatiren. Die Reaction lässt nämlich noch den deutlichen Nachweis von Eiweiss im Verhältniss von 1:12000 zu.

(Bericht der Verhandl. Therap. Wochenschr. 1896, № 5).

— Berger und Vogt empfehlen auf Grund damit erzielter besserer Resultate, als durch Darreichung der einzelnen Mittel, folgende Combination einiger Antipyretica und Analgetica:

Rp. Antipyrini	2,5
Phenacetini	1,0
Antifebrini	0,5
M. f pulv. div. in dos. VIII.	

Diese Mischung hatte, ohne irgend welche toxischen Eigenschaften auch bei längerem Gebrauche im entferntsten zu zeigen, günstige Resultate aufzuweisen als temperaturherabsetzendes Mittel. Eine analgetische Wirkung, bei der echten Hemicranie geradezu coupirend, musste constatirt werden bei den verschiedensten Neuralgien, rheumatischen Erkrankungen des Auges und dergleichen. Auch sahen Verf. schon nach Darreichung eines Pulvers abends bald guten Schlaf eintreten. Die Zahl der täglich zu verabfolgenden Pulver richtet sich nach dem einzelnen Fall.

(Therap. Wochenschr. 1896 № 7).

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1255. Sitzung am 12. Februar 1896.

1. Herr Serck berichtet dem Verein über die Krankengeschichte eines kleinen Pat. «mit chronischem Darmkatarrh und augenscheinlich sich oft wiederholender toxischer Infection vom Darm aus.»

Pat. E. S. im Mai 1890 mit dem Gewicht von 3250. gr. geboren, entwickelte sich in normaler Weise. machte an Krankheiten im ersten Jahre eine catarrhalische Pneumonie durch. zeigt deutliche Zeichen mässiger Schädelrhachitis bei leicht hydrocephalischem Schädelbau. Ende 1892 — leichte, rasch vorübergehende Digestionsstörungen, — Appetitlosigkeit, Erbrechen, verbunden mit leichter Reduktion des Allgemeinbefindens.

Im Juli 1893 nach Genuss von Heidelbeeren wieder Erbrechen und reichliche stinkende Diarrhoen, gefolgt von starker Mattigkeit und Apathie. Darnach mehrfach Recidive, namentlich nach Milchgenuss, die sich meist in Erbrechen, zuweilen im Auftreten stark übelriechender Defaecationen äusserten. Gleichzeitig wurde auch stets über starke Gliederschmerzen geklagt.

Im August 1893 trat Pat. in die Behandlung des Ref. ein. Es wurde constatirt: allgemeine Abmagerung. blasse, welke Beschaffenheit der Haut, starker Zungenbelag und namentlich ein auffallend starker Meteorismus, welcher auf eine abnorme Darmfüllung hinzuweisen schien. wofür auch das für ein 3jähriges Kind auffallend hohe Körpergewicht von 14400 gr. im Contrast zur allgemeinen Abmagerung sprechen konnte. Während sich zu dieser Zeit der Darm noch weniger markirte, stand ein anderes Symptom mehr im Vordergrunde: Die allgemeine Mattigkeit und Apathie, Kopf- und Gliederschmerzen, sowie leichte Fieberbewegungen. Alle diese Erscheinungen wurden wohl meist im Anschluss an eine Digestionsstörung beobachtet, konnten aber auch, da schon eine Schwester der Pat. an tuberkulöser Meningitis gestorben war, den Verdacht einer analogen Erkrankung des Pat. selbst erwecken. Da sich aber die Allgemeinerscheinungen hauptsächlich an Verdauungsstörungen anschlossen, so war es immerhin näherliegend dieselben mit der Verdauungssphäre in Zusammenhang zu bringen. (Dr. Serck, Dr. Lunin).

Thatsächlich traten denn auch des weiteren die Erscheinungen eines Darmkatarrhes — spec. die Diarrhoeen immer mehr in den Vordergrund, stets waren dieselben von Mattigkeit, Apathie und Gliederschmerzen gefolgt. Die Therapie bestand im Wechsel der Diät. Abführmitteln, Calomel, Salol Salzsäure, Wismuth, Darmspülungen. Bauchmassage etc.

1894 verbrachte Pat. den Sommer in Livland auf dem Lande; während desselben vorübergehende Besserung, welche aber des öftern durch intercurrente Diarrhoeen, Erbrechen, namentlich nach Milchgenuss. mit Mattigkeit und Gliederschmerzen im Gefolge unterbrochen wurde. Trotzdem betrug das Körpergewicht am Ende des Sommers 17700 gr. Doch schon im September kam es nach Ankunft des Pat in Petersburg wieder zu einer Verschlimmerung. Dabei stellte es sich immer mehr heraus, dass namentlich Eiweisskost (Fleisch, Milch.

Eier) am schlechtesten vertragen wurde und am häufigsten die Diarrhoeen bewirkte. Diese rein klinisch gemachte Beobachtung, sowie die Annahme eines Darmkatarrhs fand nun mehr ihre Bestätigung in der microscopischen und chemischen Analyse der Stuhlentleerungen (Dr. Westphalen). Dieselbe ergab folgendes Resultat: catarrhal. Affect. d. Dünndarmes (vermehrter Indicangehalt des Urins, Anwesenheit sog. gelber Schleim-Mohnkörner von Nothnagel)—des Colon asc. (Anwesenheit von Schleim mit Gmelinscher Reaction) — des Colon desc. (Schleim in grossen Klumpen, farblos) vielleicht catarrh. Geschwüre des Darmes (Klumpen aus Rundzellen bestehend ohne Tuberkelbacillen), auffallend viel Bacterien im Stuhl, (namentlich sehr zahlreiche lange Bacterien). Mangelhafte Ausnutzung des Fettes (viel Fetttropfen, Fettsäurenadeln, lehmige Farbe d. Faeces.) der Milch (viel Milchkügelchen) des Eiweisses (Eiweiss und Peptonreaction im Filtrat der Faeces bei fehlender Zuckerreaction in denselben). Auffallend fauliger Geruch der dünnflüssigen Faeces.

Da mithin auch diese Untersuchung die klinische Voraussetzung bestätigt hatte so wurde nunmehr das Fett und alles animalische Eiweiss aus der Nahrung weggelassen und der Pat. Kohlehydrate (Zucker, Honig, Grützen etc.) gereicht. Daneben Carlsbad in geringer Menge, Salzsäure nach Tisch, Darmspülungen aus reinem Wasser oder mit Zusatz von Alumen acet.

Schon 12 Tage darauf lässt die wiederholte Untersuchung der Faeces eine Besserung erkennen. Dieselben haben den fauligen Geruch verloren, sind etwas consistenter und dunkler gefärbt, auch finden sich weniger sogenannte gelbe Mohnkörner in denselben. Im Filtrat der Faeces ist Mucin und Albumen nur in geringer Menge nachweisbar. Weiter tritt mit zunehmender Besserung der Darmerscheinungen auch eine Zunahme des Körpergewichtes ein, das Aussehen der Pat. bessert sich gleichfalls und hören Apathie, Mattigkeit und Gliederschmerzen auf, während gleichzeitig eine Abnahme des Meteorismus sich bemerkbar macht. Ende Januar 1896 vorgenommene Untersuchung der Faeces ergiebt bis auf vermehrten Schleimgehalt derselben und spurenhafte Anwesenheit von Eiweiss im Filtrate durchaus normale Verhältnisse. Jetzt ist das Kind als gesund anzusehen, wenngleich noch zuweilen leichte Digestionsstörungen auftreten, die stets von Gliederschmerzen gefolgt sind, aber immer einer Rückkehr zu dem vegetabilischen Regime weichen.

Während der Behandlungsdauer machte sich jedoch noch ein anderes sehr interessantes Symptom bemerkbar—ein eigenthümlicher schwankender und wackelnder Gang der Pat. — Da eine daraufgerichtete Untersuchung absolut negative Verhältnisse am Skelett und d. Musculatur ergab, so war Ref. gezwungen in Uebereinstimmung mit Dr. Anders darin den Ausdruck einer Schwächung des Stützapparates zu erblicken, im Anschluss an die einförmige ausschliesslich vegetabilische Kost. Bei dem allmäligen Einschieben von Fleisch und Milch in die Kost, was durch die Besserung des Darmkatarrhs nunmehr erlaubt war, hat sich das erwähnte Symptom völlig verloren.

Schliesslich wäre noch hervorzuheben, dass vom Beginn des Darmleidens an die Haare auffallend trocken wurden und die Finger und Zehennagel im Wachsthum völlig stillstanden.

In der Krankengeschichte ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass eine jede Indigestion gefolgt war von Mattigkeit, Apathie und Gliederschmerzen, Erscheinungen, welche dem Darmleiden parallel gingen und mit Besserung des Darmes aufhörten. Ref. kann sich diese Erscheinungen nicht anders erklären, als durch Resorption giftiger, unter dem Einfluss bakterieller Thätigkeit im Darm sich gebildet habender Stoffe. Ein weiteres besonders ins Auge springendes Symptom war die auffallende Tympanie des Darmes, die wohl auch als eine Folge bakterieller Einwirkungen anzusehen ist. Ref. hat infolgedessen gegen dieselbe mit Abführmitteln und sog. Darmantisepticis angekämpft, glaubt auch von letztern einen günstigen Einfluss gesehen zu haben, entgegengesetzt den Angaben Albu's, welcher die einzige Möglichkeit einer Desinfection des Darmes in energischen Darmentleerungen sieht und sich über die sog. darmantiseptischen Mittel im allgemeinen sehr abfällig äussert. Interessant in der Krankengeschichte ist schliesslich das auffallend günstige therapeutische Resultat der ausschliesslichen Kohlehydrat-Kost, welche hier direkt heilend wirkte. Dasselbe zeigt, dass wir sehr gut, wie solches auch Heubner meint, eine Zeitlang jegliche animalische Nahrung selbst bei krankem Organismus, entbehren können, sowie ferner, dass ein vegetarisches Regime bei gewissen Darmkatarrhen einen mächtigen Heilfactor abgeben kann.

Discussion:

Herr Westphalen. Das Auftreten der Gliederschmerzen im Anschluss an die Diarrhoen braucht nicht unbedingt auf eine Resorption toxischer Stoffe aus dem Darm bezogen zu werden, es liessen sich dieselben auch auf eine Wasserverarmung und Eintrocknung der Muskeln und Nerven durch die Diarrhoe zurückführen. Wenngleich es auch sehr verlockend ist alle derartigen Allgemeinerscheinungen bei Verdauungskranken auf Autointoxication zu beziehen, so zeigen doch anderseits gerade die Untersuchungen Fleiner's über die Tetanie bei Magenkranken, dass Tetanie, Tetanus, selbst epileptiforme Krämpfe sich allein durch eine Wasserverarmung des Blutes erklären lassen. Hierbei wirke allerdings der Wasserverlust nicht direct, sondern, indem derselbe eine erhöhte Disposition zum Ausbruch von Krampfanfällen schaffe, welche in letzter Instanz erst durch einen relativ geringen Reiz, bei der Tetanie der Magenkranken gewöhnlich durch eine Entleerung des Mageninhaltes durch Erbrechen oder die Sonde, ausgelöst werden. So befindet sich zur Zeit auf der Station des Deutschen Alex. Hosp. ein an Carcinoma recti leidender Pat., welcher nie in seinem Leben epileptisch gewesen ist, aber neulich unmittelbar nach einer Darmspülung von einem epileptiformen Anfall betroffen wurde.

Was weiter die Frage einer Desinfection des Darmes anbetrifft, so dürfte eine objective Beurtheilung derselben kaum möglich sein, da wir wenigstens augenblicklich über kein objectives Mass für die Grösse der Darmfäulniss verfügen. Alle die vielen einschlägigen Methoden (Zählen der Bacterienkeime in den Faeces nach Einnahme von Prodigiosuskulturen nach Stern, die Versuche in den Gährungsröhrchen nach Ewald, die Bestimmung der Aetherschwefelsäuren im Harn etc.) sind nicht einwandsfrei und werden zu sehr beeinflusst von der Art der Nahrung, den jeweiligen Magensaftverhältnissen, der Schnelligkeit der Darmbewegung, der Grösse der Resorption im Darm. Es bleibt uns einzig und allein die klinische Beobachtung übrig, welche aber wiederum ein sehr weites Mass der Schätzung dem subjectiven Ermessen des jeweiligen Beobachters zulässt. Im Allgemeinen möchte sich Westphalen zu den Auslassungen Albus' bekennen, welcher die einzige Möglichkeit einer Desinfection des Darmes in einer möglichst energischen Entleerung des Darminhaltes sieht. Thatsächlich machen wir ja auch täglich davon Gebrauch, wenn wir den Patienten in Fällen acuter Indigestion ein Purgans ordiniren. Eine völlige Desinfection des Darmes wäre schliesslich, auch wenn eine solche möglich wäre, garnicht einmal anzustreben, da ja mit einer Vernichtung sämmtlicher Bacterien im Darm gleichzeitig auch die physiologische Darmverdauung, ein Product bacterieller Thätigkeit mit vernichtet werden würde.

Das günstige klinische Resultat der Kohlehydratdarreichung im vorliegenden Falle dürfte darauf hinweisen, dass überhaupt bei Darmkatarrhen, nicht im anatomischen sondern im ätiologischen Sinne gesprochen, bei Darmleiden, bei welchen es infolge gesteigerter bacterieller Thätigkeit zu einer Mucosareizung gekommen ist, die vegetabilische Kost besonders zu betonen ist, dafür sprechen auch die Erfahrungen, welche Herr Westphalen an anderen analogen Krankheitsfällen gemacht hat.

Das Eiweissdeficit in der Nahrung brauche man ja nicht zu fürchten, seitdem uns Rubner gelehrt hat, dass es garnicht darauf ankommt, dass man im gegebenen Falle gerade so viel und nicht weniger Eiweiss, Kohlehydrate und Fett zuführe, wenn nur die für das Individuum nöthige Calorienzahl der Nahrung gewahrt werde.

Herr Moritz weist darauf hin, dass die Schmerzen in den Extremitäten nach grösserem Wasserverluste z. B. bei der Cholera stets mit Krämpfen sich vergesellschaften, im vorliegenden Falle jedoch nichts von Krämpfen berichtet werde.

Herr Serck: Die Gliederschmerzen waren durchaus nicht immer im Gefolge von Diarrhoe, traten auch ohne Diarrhoe auf, waren nur stets an die Indigestionszustände gebunden, konnten auch mithin nicht mit einem Wasserverlust der Gewebe in Beziehung gebracht werden.

2. Herr Hörschelmann giebt dem Verein an der Hand einer einschlägigen Krankengeschichte mit Sectionsbefund in zusammenfassender Weise eine kurze Darstellung über die Art der Entstehung und die Symptomatologie der Transposition der grossen Gefässe.

Die Meinung über die Art der Entstehung dieser seltenen Missbildung ist, nachdem sich frühere Theorien (Friedberg, Meyer) als unzureichend erwiesen haben, erst durch Rokitansky auf festeren Fuss gestellt. Hierbei geht Rokitansky mit Bezugnahme auf die embryologische Arbeit Lindes's von der Untersuchung 2-er Präparate seiner Sammlung mit Persistenz des truncus arteriosus comm. aus. Ursprünglich sind im Embryo Aorta und Arteria pulmonalis gemeinsam angelegt und bilden den aus d. rechten Herzkammer entspringenden Truncus arteriosus com. In der Folge kommt es zur Bildung eines Septum, welches von der Truncuswand von links hinten nach rechts vorne hinzieht, wodurch nach Vollendung der Scheidung die Art. pulm. links vorne, die Aorta rechts hinten zu liegen kommt. Später bildet sich dann das Septum ventriculorum heraus, wodurch die Aorta in Beziehung zum linken Ventrikel tritt. Auf Grund seiner Präparate glaubt nun Rokitansky, dass unter Umständen das Septum trunci in seiner

Verlaufsrichtung so angelegt werden kann, dass es augenscheinlich dazu kommen kann, dass mit beendeter Gefässspaltung die Aorta links, die Art. pulmonalis rechts, also direct entgegengesetzt dem normalen Verhalten belegen sein müsse. Wieder in einer anderen Reihe von Fällen, meint Rokitansky seien die Bildungsvorgänge am truncus arteriosus ganz normale, hingegen komme es zu einer Anlageanomalie des Septum ventriculorum, die dahin führen muss, dass nunmehr bei normaler Stellung der beiden grossen Gefässe zu einander, die Aorta in den rechten, die Art. pulmonalis in den linken Ventrikel hinein bezogen werde. Da man nach Kölliker schon bei einem 4-wöchentl. Embryo den truncus art. erkennen kann, nach Ekert bei einem 6-wöchentl. die Scheidung des truncus beginnt, bei einem 7-wöchentlichen sich die Kammerscheidewand vorfindet und bei dem 8-wöchentl. die Trennung der Gefässe schon beendet ist, so kann es sich nur um den Abschnitt zwischen d. 5—8 Woche des Fötallebens handeln, in welchem die in Rede stehende Missbildung, die Transposition der Gefässe stattfindet.

Unter den klinischen Erscheinungen bei der Transposition der Gefässe ist das auffallendste Symptom die hochgradige Cyanose der Kinder, welche, einige Ausnahmefälle abgerechnet, shon bald nach der Geburt auftritt, und mit geringer Wärmeproduction, einem apathischen Wesen der Kinder und grosser Neigung derselben zum Schlafe einhergeht. Nach Rauchfuss soll es unter Umständen auch zu Erstickungsanfällen kommen, die sich mit der Steigerung der Cyanose vergesellschaften. Objectiv findet sich eine allmälig zunehmende Vergrösserung des Herzens nach rechts, so wie reine Herztöne. Systolische und diastolische Geräusche weisen auf eine Complication mit Defecten des Kammer- oder Vorhofsseptum oder mit einer Stenose des Pulmonalostium hin.

Die Lebensdauer der mit der Missbildung behafteten Kinder pflegt im Gegensatz zu anderen angeborenen Herzabnormitäten, allerdings die Fälle von angeborener Stenose und Atresie des Aortenostium abgerechnet, eine sehr kurze zu sein.

Bei den Obductionen findet sich das Herz bald total, bald nur partiell vergrössert, mit dunklem dünnflüssigen Blute erfüllt, der rechte Ventrikel meist in hohem Grade hypertrophirt. Sehr oft wird gleichzeitig das Foramen ovale offen gefunden, während sich bei Kindern, welche ungefähr einen Monat gelebt haben der Ductus Botalli als geschlossen erweist.

Da es sich bei der Transposition der Gefässe um 2 vollständig in sich abgeschlossene Kreisläufe handelt, so ist es auch a priori kaum verständlich wie hierbei eine Decarbonisation des Blutes erfolgen kann. In manchen Fällen kann solches stattfinden in Folge eines Offenbleibens der Foramen ovale, eines Septumdefectes oder Unverschlossenseins des Duct. Botalli. Andererseits machen jedoch Rauchfuss und Tiedemann darauf aufmerksam, dass allem Anscheine nach eine Mischung des Blutes beider Kreisläufe durch die Venae bronchiales erfolgen könne. Gleichzeitig erinnert auch Rauchfuss daran, dass die Kinder mit Transposition der Gefässe einen sehr trägen Stoffverbrauch zeigen, und dass bei ihnen augenscheinlich auch eine Anpassung an ein verminderte Sauerstoffbedürfniss sich herausbilde.

Was noch die Diagnose anbetrifft, so wäre eine solche allenfalls in den Fällen möglich, bei denen sich allmälig eine Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels herausbildet.

Zur Illustration des Mitgetheilten referirt Herr Hörschelmann die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles.

Elfriede V. am 5. November 1886 als 2-tes Zwillingskind geboren. Während die Schwester alle Zeichen eines wohlgebildeten Kindes darbot, zeichnete sich die kleine Pat. durch Magerkeit, schlecht entwickelten Panniculus, schlaffe Hautdecken aus. Das Kind schrie wenig, wimmerte mehr, stöhnte viel im Schlafe, nahm die Brust seltener und wurde, da sie sich stets auffallend kühl anfühlte meist sehr warm gehalten. Eine Abnormität der Hautfarbe ist den Eltern der Kleinen nicht aufgefallen. Im Körpergewicht blieb das Kind stark zurück. Anfang December Verdauungsstörungen, derentwegen Ref. consultirt wurde. Ausser dem schon erwähnten, konnte derselbe noch constatiren: Herzgegend stark vorgewölbt, Brustwand wird stark pulsatorisch erschüttert Herzchoc an normaler Stelle, das Herz percutorisch nach rechts vergrössert. Auscultatorisch an der Spitze reine Töne, namentlich über der Herzbasis rechts und links lautes systolisches Blasen. Ueber den Lungen in den untern Abschnitten leichte Dämpfung bei abgeschwächtem Athem, viel Knisterrasseln desselben, dyspeptische Stühle. Leber vergrössert. Milz normal. In der Folge wird auch ein diastolisches Geräusch über der Herzbasis links vom Sternum hörbar. Gegen Ende December hat die Herzdämpfung nach rechts hin zugenommen, auch tritt namentlich beim Schreien stärker werdende Cyanose auf, ebenso werden auch gelegentlich beim Schreien und Husten vorübergehende Erstickungsanfälle beobachtet. Ende Januar zeigt das Kind eine diffuse starke Graufärbung und hochgradige subcutane Venenfüllung. Zunehmende Kühle des Körpers. Häufigere Erstickungsanfälle. Zuletzt Coma und Exitus am 13. Februar 1887.

Die Section der Brusthöhle ergab: dunkles, dünnflüssiges Blut. Der rechte Ventrikel weiter als der linke, sein Myocard wesentlich verbreitert. Die Aorta aus dem rechten Ventrikel entspringend, vor der Art. pulmonalis belegen, letztere aus dem linken Herzen hervorgehend. Im Kammerseptum ein Defect von c. 10 mm. Durchmesser, das For. ovale breit offenstehend, d. Conus arteriosus durch eine musculäre Stenose infolge einer Hypertrophie der Trabeculae carneae verengt, auch das Ostium der aorta eng. Ductus Botalli im Allgemeinen offen, nur an der Eintrittstelle in die Art. pulmonalis obliterirt.

In den Lungen Atelectase der unteren Abschnitte bei vicariirendem Emphysem der übrigen Partien.

Aus der Krankengeschichte muss als besonders wichtig darauf hingewiesen werden, dass die Cyanose sich erst sub finem vitae entwickelte. Auch der Sectionsbefund zeichnet sich durch die seltene Complication einer Transposition der grossen Gefässe mit einer Stenose des Aortenostiums aus, während gewöhnlich hierbei die Lungenarterie stenosirt gefunden wird. Hinsichtlich des ersten Punktes, des relativen Fehlens der Cyanose meint Ref., dass hierbei augenscheinlich eine Compensation stattgefunden hat, indem durch das auffallend weite For. ovale ein Uebertritt von Blut aus dem linken Vorhof in den rechten stattgefunden hat; des weiteren auch eine Blutmischung beider Kreisläufe von dem rechten Herzen durch den Defect im Kammerseptum in den linken Ventrikel hat stattfinden müssen, wobei namentlich ein verstärkter Druck im rechten Ventrikel infolge der Aortenstenose als besonderes Hilfsmoment gedient haben kann. Daneben mag ja auch, wie Rauchfuss meint, eine Anastomose beider Kreisläufe durch die Venae bronchiales als auxiliäres Moment mitgeholfen haben; etwas genaues lässt sich darüber nicht aussagen da die entsprechenden Gefässabschnitte bei der Section nicht in dieser Richtung untersucht wurden. Das diastolische Geräusch des Falles muss auf das Offenbleiben des For. ovale bezogen werden.

Stellvertretender Director: Dr. E. Moritz.

Secretär: Dr. Westphalen.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. März d. J. 7983 (862 wenig. als in d. Vorw.), darunter 1476 Typhus — (21 wen.), 626 Syphilis — (96 wen.), 229 Scharlach — (12 mehr), 47 Diphtherie — (1 mehr), 108 Masern — (3 wenig.) und 33 Pockenkranke — (6 wenig.) als in der Vorw.

Am 6. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 8234 (251 mehr als in der Vorwoche), darunter 1441 Typhus — (35 wenig.), 691 Syphilis — (65 mehr), 209 Scharlach — (20 wen.) 53 Diphtherie — (6 mehr), 103 Masern (5 wen.) und 49 Pockenkranke (16 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. März 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
433	341	774	147	69	132	27	13	32	94	69	49	47	39	43	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 36, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 6, Masern 19, Scharlach 21, Diphtherie 18, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 14, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungscanals 72, Todtgeborene 34

Für die Woche vom 31. März bis 6. April 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
481	345	826	167	90	150	15	8	31	77	71	51	61	63	30	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 26, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 31, Scharlach 29, Diphtherie 18, Croup 2, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 53, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 35, Krankheiten der Verdauungsorgane 65, Todtgeborene 29.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. April 1896.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 6. Mai 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска- ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Antoinette Lücke, Невскiй пр., 32/3, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 11 Апрѣля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, 20. April (2. Mai) 1896

Druckfehler.

In der Arbeit von Dr. J. Wellberg (№ 14 der Wochenschrift) sind folgende Druckfehler zu berichtigen:
pag. 118, Sp. 1, Z. 27 von unten lies «verbraucht» statt «verbrannt».
pag. 119, Sp. 1, Z. 22 von oben lies «gesichert» statt «geliefert».
pag. 121, Sp. 1, Z. 14 von unten lies «begrifflich» statt «begreifflich».
pag. 121, Sp. 2, Z. 10 von unten lies «Familie» statt «Geschlechte».

Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System.

Von

Dr. Schuster

in Bad Nauheim.

Vortrag, gehalten auf dem XVII. Balneologischen Congress in Berlin.

Meine Herren!

Wenngleich auch die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System schon lange bekannt ist, so hat man derselben in Bezug auf praktische Anwendung im Allgemeinen keine bedeutende Beachtung geschenkt. In meiner Arbeit «Ueber die Vielseitigkeit der Kurmittel Nauheims und seiner Indicationen» hatte ich kurz der Beobachtung Erwähnung gethan, dass die starkkohlensäurehaltigen Sprudelbäder in Nauheim, die Sprudelstrombäder, bei dem männlichen Geschlechte unter Umständen derartig einwirkten, dass leicht erregbare Patienten im Bade selbst Erectionen bekamen, und dass die Libido bei sehr vielen Kranken im Laufe der Kur wesentlich erhöht wurde. Diese Beobachtung habe ich auch im vergangenen Jahre wieder machen können.

Wenn ich nun hier mit wenigen Worten dieses Thema behandle, so thue ich es lediglich in der Absicht, die Aufmerksamkeit der Herren Collegen mehr auf diesen Gegenstand zu lenken und Sie zu bitten gleich mir weitere Forschungen darüber anstellen zu wollen, um der Kohlensäure, diesem mächtigen Heilfactor in der Balneotherapie, eventuell auch nach dieser Richtung hin eine besondere Stellung in unserem Gesammtheilapparate anzuweisen.

Lässt man die Kohlensäure auf die Haut einwirken, sei es als kohlensaures Wasser- oder Gasbad, so empfinden wir, wie bekannt, nach Verweilen von wenigen Minuten in demselben ein vermehrtes Wärmegefühl, oft ein leichtes Brennen und Prickeln, welches sich besonders an den Innenflächen der Oberschenkel, am Perinäum, Scrotum, Labien, bemerkbar macht und mit Röthung der Haut einhergeht. Die Kohlensäure wirkt also irritirend auf die Hautnerven und Hautgefässe ein. Die weiteren Beobachtungen lassen es als wahrscheinlich gelten, dass dieser periphere Reiz centripetal weitergeht und eine Veränderung im Nerven- und Gefässsystem sowohl, als auch eine Umstimmung des Stoffwechsels hervorruft. Es kann nicht sonderbar erscheinen, wenn auch eine Beeinflussung der sexuellen Sphäre eintritt in Anbetracht der Thatsache, dass die Verzweigungen der Geschlechtsnerven sowohl beim männlichen wie weiblichen Geschlechte sehr nahe zur Peripherie gehen. Und dass periphere Reize in der Nähe der Geschlechtsorgane die Geschlechtslust erregen, beziehungsweise steigern und beim männlichen Geschlechte geradezu Erectionen hervorrufen können, ist bekannt. Fürbringer äussert sich darüber folgendermaassen: «Im Uebrigen erscheint — die reflectorische Erection von der Peripherie aus anlangend — Reizung der Nerven der Gesässgegend und, was wir kaum flüchtig angedeutet finden, des Dammes besonders erwähnenswerth. Offenbar spielt hier die von Fellner entdeckte Innervation des Rectums durch Zweige der Nervi erigentes eine Rolle».

Die Annahme, dass die Kohlensäure als peripherer Reiz erregend auf die Geschlechtssphäre einzuwirken im Stande ist, dürfte als berechtigt erscheinen, und finde

ich diese Ansicht bei sehr vielen Autoren bestätigt, von denen ich Ihnen nur einzelne anführen möchte.

So schreibt Valentiner: «Es stellt sich sehr bald als Reizwirkung auf die sensiblen centripetalen Nerven starkes Prickel- und Wärmegefühl ein, besonders stark entwickelt in der Genitalgegend».

Helfft: «Die konstante Erscheinung, die sich einzustellen pflegt, ist ein wohlthuendes Wärmegefühl zumal an der unteren Körperhälfte, namentlich an den Geschlechtstheilen. Diese Wärmeerregung ist häufig mit vermehrter Hautausdünstung, Turgescenz, Röthe der Haut, Pruritus am After, Drang zum Uriniren, und wollustartigen Empfindungen verbunden.»

Heubes schreibt: «Eine fernere Stütze findet obige Annahme darin, dass diese Wärme am Scrotum und Unterbauch, also an Stellen, die besonders reich an sensiblen Nerven sind, am stärksten empfunden wird. Dass an den genannten Körperstellen ausserdem eine eigenartige prickelnde Empfindung auftritt, die unabhängig von der Temperatur des Bades ist, spricht dafür, dass die Kohlensäure auch noch einen specifischen erregenden Einfluss auf die Genitalsphäre hat».

Seegen äussert sich folgendermassen: «Ein eigenthümliches Prickeln beobachtet man an den nervenreichen Hautstellen, zumal am Scrotum, und durch Reflexwirkung auf die Muskelfäden des Cremasters wird das Scrotum in die Höhe gezogen, straff. Häufig entstehen durch den lokalen Reiz Wollustgefühle, die sich zuweilen so steigern, dass nach wiederholten Gasbädern mächtige Pollutionen eintreten».

Eine eingehendere Erörterung der Kohlensäurewirkung findet sich bei Lersch. Er schreibt unter Anderem: «Vorzugsweise findet dies an den nervenreichen Hauttheilen der Genitalien und ganz besonders am Scrotum statt, welches nicht nur stark in die Höhe gezogen wird, sondern dessen eng zusammengedrängte Falten gleichzeitig eine fast harte Consistenz annehmen (Gräfe). Während der Gasbadekur stellen sich nicht selten nächtliche Pollutionen ein, selbst bei Personen, welche schon seit Jahren darüber hinauszusein glauben (Vogel). Küster äussert sich in folgender Weise über die Einwirkung des Gasbades auf die Genitalien: «Bei dem männlichen Geschlechte, vorzüglich bei älteren Personen, welche schon seit Jahren darüber hinauszusein behaupteten, erfolgte in der Regel eine Pollution. Wo diese Wirkung vermieden werden sollte, verordnete ich ein sehr frugales Abendessen und kalte Waschungen vor dem Schlafengehen. Bei dem weiblichen Geschlechte habe ich eine analoge Wirkung nicht in Erfahrung bringen können. Bei der Mehrzahl, wo ich Erkundigungen einziehen konnte, wurden die Geschlechtstheile entweder gar nicht afficirt, oder die Wirkung beschränkte sich auf ein gelindes Brennen an den Rändern».

Im Gegensatze zu dieser letzteren Ansicht werde ich später bezüglich des weiblichen Geschlechtes die Meinung von Kisch und Loimann anführen.

Lersch schreibt weiter: «Die Mehrzahl der Individuen beider Geschlechter hat im Gasbade wollüstige Empfindungen. Der grössere CO_2 Gehalt der tiefen Schichten, die Hautzartheit, der Gefäss- und Nervenreichthum der Genitalien, die Anwesenheit der Hautmuskeln und contractilen Häute, die Neigung dieser Theile durch schmeichelnde Hautempfindungen, wie die der Wärme ist, leicht aufgeregt zu werden, der Einfluss des Gases auf die Schleimhaut der Genitalien und des Mastdarms, dies alles trägt dazu bei, dass gerade die Geschlechtstheile so leicht zu Empfindungen und reflectorischer Thätigkeit aufgeregt werden».

Auf die Anführung weiterer Citate, deren es noch viele giebt, muss ich verzichten, da es zuweit führen und ich die Geduld meiner Zuhörer zu lange auf die Probe stellen würde. Aus dem Angeführten möge erkannt werden, dass der Kohlensäure eine besondere Wirkung auf das sexuelle System zuzuschreiben ist.

Es fragt sich nun, wie kann diese Wirkung der Kohlensäure ausgenutzt werden, bei welchen Erkrankungen des Geschlechtsapparates ist etwas von ihr zu erwarten, welche Indicationen und Contraindicationen sind zu beachten?

Ich beginne mit dem männlichen Geschlechte.

In vielen balneologischen Schriften und Lehrbüchern finden sich nur unvollkommene Angaben nach dieser Richtung hin. Es ist viel von Impotenz die Rede.

Es liegt nicht in meiner Absicht Ihnen die Bedeutung dieses Begriffes hier auseinanderzusetzen, Sie kennen dieselbe und derjenige, welcher sich über diesen oder jenen Punkt genauer orientiren will, dem verschaffen die Arbeiten von Curschmann, Fürbringer, Eulenburg, Casper und vieler anderer Autoren sehr schnell Klarheit. Es bedarf meinerseits auch nicht der Erwähnung, dass gewisse Formen der Impotenz gar nicht zur Behandlung mittelst Kohlensäure herangezogen werden können, wie die auf Missbildungen, congenitalen Fehlern, anderweitigen Erkrankungen wie Diabetes, Nephritis, cerebraler Lues, Tabes und anderen Spinalleiden, auf Atrophie der Hoden, Strictur etc. etc. beruhenden Formen. Das versteht sich alles von selbst. Ebenso selbstverständlich ist es, dass wir es hier nicht mit der Impotentia generandi, sondern nur mit der Impotentia coeundi zu thun haben.

Bei der Impotentia coeundi kommt hier nur die Neurasthenia sexualis, die nervöse Impotenz in Betracht und von dieser auch gewiss nur einzelne Formen, «die auf einer verminderten Inanspruchnahme und Leistungsfähigkeit der spinalen Centren, oder auf Störungen in den dazu gehörigen peripherischen Bahnen der Reflexleitung herrühren» (Eulenburg) und solche, die eine Herabminderung des cerebralen Centrums für die Libido zeigen, Formen, bei denen wir durch die periphere Reizung eine Anregung erzielen wollen. Wir müssen solche Fälle ausschliessen, bei denen jede Reizung Anregung, Aufregung vermieden werden soll. Es wird z. B. bei der Spermatorrhoe, Pollutiones diurnae, nimiae oder wie man dieses Krankheitsbild bezeichnen will, «wobei es sich also offenbar um ein von psychosensorischen Centren ausgehende centrifugale Anregung des spinalen Ejaculationsapparates und um schon vorauszusetzende gesteigerte Erregbarkeit dieses letzteren handelt» (Eulenburg) die Anwendung der Kohlensäure nicht rathsam sein, und gewiss ebensowenig bei der Ejaculatio praecox. Bei diesen Formen der sexuellen Neurasthenie würde durch andere Maassnahmen (Hydrotherapie, Electricität etc.) zuerst die Reizbarkeit herabgesetzt und die Widerstandskraft gehoben werden müssen, um dann erst zur Kräftigung des Gesammtnervensystems kohlensaure Sool- resp. Stahlbäder anzuwenden.

Wenn die Kohlensäure durch den peripheren Reiz im Stande ist Erectionen und wollüstige Empfindungen hervorzurufen, also nicht allein das im Lendenmark befindliche, sondern auch im Cerebrum gelegene Centrum in Thätigkeit zu versetzen, so ist damit der Weg zur Stellung der Indication genügend angegeben. Die männliche Potenz schliesst, soll sie eine normale sein, die richtige Function folgender 4 Cardinalfactoren in sich: 1) Erection, 2) Libido, 3) Ejaculation, 4) Orgasmus.

Nach dem Gesagten kann es sich meiner Meinung nach bei der Kohlensäurebehandlung nur um die beiden ersten Faktoren handeln und halte ich deshalb nur solche Fälle für geeignet, bei denen eine Herabminderung der Erection und Libido besteht, ohne dass da-

mit Spermatorrhoe verbunden wäre und diese Herabminderung auf anderer krankhafter Basis beruhe, als auf rein nervöser, auch hier wieder von einzelnen Formen absehend, nämlich den schweren Formen von Impotentia psychica und paralytica und berücksichtigend heterosexuelle Perversionen, homosexuelle Anomalien des Geschlechtstriebes.

Wenn ich auf das angeführte Citat von Lersch verweise, so glaube ich auch in der frühzeitig auftretenden sogenannten senilen Impotenz ein günstiges Feld erblicken zu dürfen.

Es mögen im Laufe der Zeit weitere Beobachtungen und Forschungen angestellt werden, ob auch noch andere Formen der Impotenz z. B. retardirte Ejaculation, Herabsetzung des Orgasmus etc. durch die Kohlensäurebehandlung günstig beeinflusst werden können.

Wenden wir uns in unseren weiteren Betrachtungen nun dem weiblichen Geschlechte zu, so finden wir auch hier bemerkenswerthe Angriffspunkte der sexuellen Sphäre, welche für die Kohlensäurebehandlung von Bedeutung sind. Hier spielt, wie auch beim männlichen Geschlechte, allgemein ausgedrückt, der Zustand der Depression, der Atonie, des Torpors der Geschlechtstheile eine Rolle und sind die Zustände der Exaltation auszuschliessen.

In neuester Zeit haben Kisch und Loimann auf die Wirkung der Kohlensäure nach dieser Richtung hin besonders aufmerksam gemacht und dieselbe bei Dyspareunie, Anaphrodisie (Ausfall der Wollustempfindung) und der durch sie bedingten Sterilität empfohlen.

Während der sexuellen Erregung tritt eine Zusammenziehung der Scheide ein, wodurch das Sperma zurückgehalten wird. Der Uterus tritt tiefer in das Becken, der Muttermund wird eröffnet und es findet eine Auspressung eines alkalisch reagirenden Schleimes der Cervicaldrüsen — dieser soll die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoën erhöhen — unter Erection des unteren Uterinsegmentes statt, welche letztere post cohabitationem zur Erschlaffung und dadurch zur Aspiration des Spermas führt. Fehlt diese höchste geschlechtliche Erregung, fallen also die Momente aus, welche dazu angethan sind, den Contact des Spermas mit dem Ei herbeizuführen respective zu erleichtern, so ist die Annahme, dass der Ausfall der Wollustempfindung häufig Sterilität verursachen kann, wohlberechtigt.

Kisch äussert sich über diesen Punkt folgendermassen: «Wenn der Ausfall der sexuellen Erregung der Frau (Dyspareunie) als eines nicht unwichtigen Gliedes in der Kette der Bedingungen der Befruchtung für die Sterilität verantwortlich gemacht werden muss — und als ein objektives wichtiges Symptom für dieses Moment möchte ich die dabei fast konstant vorkommende Erscheinung hervorheben, dass solche Frauen das Sperma nicht zurückzuhalten vermögen, sondern dieses sofort post cohabitationem wieder abfliesst; ferner dass zuweilen die Sensibilität und Tastempfindung der Vaginalschleimhaut herabgesetzt ist — in diesen Fällen erweisen sich kühle Säuerlingsbäder mit sehr bedeutendem Reichthum an Kohlensäure, sowie Moorbäder, verbunden mit Vaginaldouchen von kohlensäurereichem Mineralwasser oder von reinem kohlensauren Gase (kohlensaure Gasbäder) nützlich».

Loimann spricht sich bezüglich der Kohlensäurebehandlung so aus: «Wo der Arzt sich aber veranlasst sieht, therapeutisch einzugreifen, verdienen jene Behandlungsmethoden, die, bei jedem Mangel nachtheiliger Folgen, sich in vielen Fällen doch noch erfolgreich erwiesen, eine besondere Beachtung. Hierher gehört wohl in erster Reihe die äusserliche Anwendung der Kohlensäure, besonders in Form von Gasbädern. Die oft ziemlich intensive Wirkung, die die Kohlensäure auf das Genitalsystem auszuüben vermag, ist zwar von Alters her bekannt, aber in der Therapie bisher nicht genügend gewürdigt worden, vielleicht gerade deshalb, weil das Mittel gar zu einfach und leicht anwendbar ist. Die Kohlensäure steigert die sexuelle Erregbarkeit und erhöht den Geschlechtstrieb und zwar, wie es scheint, beim Weibe ungleich stärker als beim Manne. (Sie befördert ferner die Menstruation und zwar so, dass wir in der zweckmässigen Anwendung der Gasbäder das sicherste Mittel besitzen, eine acquirirte Amenorrhoe zu beseitigen, nur darf das Ausbleiben der Menses nicht durch eine Psychose bedingt sein.) . . . . . Die unmittelbare Wirkung der Kohlensäure äussert sich in einem starken Wärmegefühl und einer eigenthümlichen Sensation in den Genitalien».

Bei dem Ausfall der sexuellen Erregung haben wir wohl darauf zu achten, ob nicht noch andere Umstände resp. Ursachen vorhanden sind, die Dyspareunie bewirken können und gegen die selbstverständlich die Behandlung mit Kohlensäure nichts vermag, z. B. angeborene Frigidität, Anaesthesia sexualis bedingt durch Hirn- und Rückenmarkserkrankungen, Psychosen, Diabetes, Morphinismus, perverse Geschlechtsempfindungen, sexuelle Dysharmonie, Excesse, ungenügende Potenz des Mannes, zu schnelle Erledigung der Cohabitation, «ungenügende Erweckung des Wollustgefühls der Frau durch vorbereitende Liebespräliminarien» (Eulenburg), unzweckmässige Position und Anpassung beim Coitus und dergl. mehr.

Dass die Kohlensäure bezüglich des Nervensystems auch noch bei anderen Leiden der sexuellen Sphäre günstig einwirken kann, z. B. bei Neuralgien des Uterus und der Ovarien und den daraus resultirenden weiteren Erkrankungen (Hysterie, Neurasthenie), will ich hier nur flüchtig andeuten. Auch will ich nur kurz der Dysmenorrhoe Erwähnung thun, bei der durch die Kohlensäurebehandlung öfters die Beschwerden gemildert werden, mag man mit Valentiner eine anaesthesirende Wirkung der CO_2 annehmen oder hier den Erfolg von der Beeinflussung des Gefässsystems ableiten. Selbstverständlich vermag sie bei mechanischer Behinderung des Blutabflusses (Stenosen, Knickungen etc.) nichts.

Durch den eigenartigen Reiz der Kohlensäure auf das Gefässsystem sind wir im Stande auch bei der Amenorrhoe gute Erfolge zu erzielen, wenn sie durch Chlorose, Schwächezustände nach schweren Erkrankungen, Blutverluste und nicht durch schwere Läsionen des Uterus und der Ovarien (Atrophie etc.), schwere Allgemeinerkrankungen, Psychosen hervorgerufen ist. Die Kohlensäure, besonders in Form von kohlensauren Gasdouchen, veranlasst nach Seegen einen vermehrten Blutzufluss nach den Beckenorganen und regt die Muskelfasern zur Contraction an. Es strömt also mehr Blut zu und es wird die zur Ausscheidung desselben nöthige Thätigkeit angeregt. Dass die kohlensauren Sool- und vor allen Dingen Stahlbäder hauptsächlich durch die in ihnen enthaltene Kohlensäure günstige Erfolge bei Chlorose, Anaemie, erschwerter Reconvalescenz aufzuweisen haben, ist genügend durch die Erfahrung erwiesen. Es spielt hier eben der Einfluss auf das gesammte Gefäss- und Nervensystem sowohl als auch auf den Stoffwechsel eine bedeutende Rolle. Verbesserung des Allgemeinbefindens und der Säftemasse, bessere Circulation des Blutes wird aber auch auf die vegetative Thätigkeit der Ovarien und des Uterus nicht ohne Einfluss sein und diese Organe zu einer normalen Function wieder anregen.

Kisch findet, dass bezüglich der Congestion zu den Beckenorganen die Wirkung bei den Stahl- und Moorbädern keine so sichere ist, als bei den kohlensauren Gas- und Soolbädern und Flechsig weist bei Be-

sprechung der Amenorrhoe auf die günstigen Wirkungen hin, die in Nauheim, Oeynhausen, Kissingen und Homburg nach dieser Richtung hin erfahrungsgemäss erzielt werden.

Auch bei der chronischen Metritis sind die Erfolge der Kohlensäure, besonders in der Form der kohlensauren Gas- und Soolbäder nicht von der Hand zu weisen, wenngleich auch zugegeben werden muss, dass in vielen derartigen Fällen Moorbäder grössere Dienste leisten. Es kommt bei den kohlensauren Soolbädern gewiss nicht nur auf den Salzgehalt allein an, sondern es ist wohl anzunehmen, dass der Reichthum an Kohlensäure die durch ihren Reiz auf die Haut als ein ausgezeichnetes Ableitungsmittel aufzufassen ist, ein gewichtiger Faktor bei Beseitigung dieses Krankheitsprocesses mit ist. Es sind von der Kohlensäurebehandlung aber solche Fälle auszuschliessen, bei denen Neigung zu Metrorrhagien oder grosse geschlechtliche Aufregung besteht.

Was die Anwendungsweise der Kohlensäure anbelangt, so will ich darüber nur kurze Bemerkungen noch machen. Man kann die Kohlensäure in zwei Formen auf den Körper einwirken lassen und zwar als kohlensäurehaltiges Wasserbad (Sool-Stahlbad), die schwächere Form, und als kohlensaures Gasbad, die reinste und zugleich stärkste Anwendungsform. Bei der Behandlung der meisten sexuellen Leiden, die hier in Betracht kommen, halte ich es für höchst rathsam, nicht sofort die stärksten Reize anzuwenden, wie wir sie in den Gasbädern besitzen, sondern allmählich den Reiz zu verstärken — ne quid nimis — also erst mit, sagen wir, der nassen Form zu beginnen, ähnlich dem Bademodus in Nauheim, wo man mit schwach kohlensäurehaltigen Soolbädern anfangen und allmählich in den verschiedensten Abstufungen bis zu den starkkohlensäurehaltigen Sprudelstrombädern die Behandlung fortsetzen kann, um dann erst zur trockenen Form überzugehen. — Das Sprudelstrombad Nauheims kommt in seiner Wirkung dem Gasbade sehr nahe. Abgesehen von dem grossen Gehalte an Kohlensäure kommt hierbei noch das mechanische Reizmoment in Betracht, da der kräftige, continuirlich einfliessende immer wieder neue Kohlensäure mit sich führende Strom, welcher am Boden der Wanne eingelassen wird, bei Spreizung der Beine direct auf die Geschlechtstheile, das Perineum und die inneren Flächen der Schenkel losgeht.

Dass neben der Badebehandlung auf geordnete Lebensweise und Diät zu achten ist und auch mit Vortheil andere Heilmethoden (Electricität, Massage, Gymnastik) gebraucht werden können, dass die Abstinenz nach Excessen in venere, die Ruhe, veränderte Lebensweise, Ablenkung der Gedanken von sexuellen Dingen für den Neurastheniker, Aufmunterung für den Hypochonder, Belehrung und Erziehung für den Onanisten, das Vertrauen zum Arzt und Mittel als wichtige Faktoren bei der Behandlung der Sexualleiden angesehen werden müssen, bedarf keiner weiteren Besprechung.

Diese wenigen Worte, meine Herren, mögen für heute genügen, mögen Sie Ihr Interesse für dieses Thema geweckt und die Lust zur Anstellung weiterer Forschungen und Beobachtungen angeregt haben.

Litteratur.

Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes.

Valentiner: Braun-Fromm, Lehrbuch der Balneotherapie.

Helfft-Thilenius: Handbuch der Balneotherapie.

Heubes: Die Wirkungen kohlensäurehaltiger Sool- und Eisenbäder bei chronischen Herzkrankheiten.

Seegen: Handbuch der allgemeinen und speciellen Balneologie.

Lersch: Einleitung in die Heilquellenlehre.

Curschmann: Ziemssen's Handbuch. Die functionellen Störungen der männlichen Genitalien.

Eulenburg, Sexuale Neuropathie.

Casper: Impotentia et Sterilitas virilis.

Kisch: Die Sterilität des Weibes.

Loimann: Geschlechtstrieb und Sterilität. Therap. Monatshefte 1895 Nr. 6.

Kisch: Brunnen- und Badekuren gegen weibliche Sterilität. Therap. Monatshefte 1895, Nr. 1.

Kisch: Balneotherapie der chronischen Krankheiten.

Flechsig: Handbuch der Balneotherapie.

Referate.

A. Biedl und R. Kraus. Ueber intravenöse Traubenzuckerinfusionen an Menschen. (Wien. klin. Wochenschrift 1896. Nr. 4).

Um die therapeutische Verwendbarkeit des Traubenzuckers als Diureticum zu constatiren, stellten die Verfasser an vier weiblichen Individuen diesbezügliche Versuche an, indem von einer 10 pCt. Traubenzuckerlösung 200—300 cbcm. intravenös injicirt wurden. Dabei musste jedoch die Beobachtung gemacht werden, dass im Gegensatze zu Thieren, bei welchen sowohl Polyurie als auch Glycosurie durch Application von Traubenzucker erzeugt wird, bei den Menschen keins von beiden eintritt und beim normalen (nicht diabetischen) Menschen nach Infusion von Traubenzucker ins Blut, der Zucker als solcher aus dem Blute rasch verschwindet. Somit habe auch, nach Meinung beider Autoren, die Annahme Claude Bernard's, dass nämlich das Blut sich des überschüssigen Zuckers mittelst Ausscheidung durch die Nieren entledige, für den Menschen keine Geltung, was ja aus dem Umstande ersichtlich ist, dass trotz vermehrten Zuckergehaltes des Blutes, dennoch keine Ausscheidnng desselben durch den Harn erfolgte. Bei den citirten Versuchen ist sonst noch von Interesse, dass in 2 Fällen unmittelbar nach der Infusion eine Temperatursteigerung unter Schüttelfrost zu Stande kam, die nach einigen Stunden bereits einen kritischen Abfall wieder aufzuweisen hatte. In 2 Versuchsfällen wurden die Ureteren katheterisirt, und konnte gesehen werden, dass im Momente der Traubenzuckerinfusion und noch in den folgenden Minuten der Harn aus den Ureteren in vermehrter Menge abtropft, um bald wieder zur Norm zurückzukehren.

Hecker.

E. Baumann Ueber das normale Vorkommen von Jod im Thierkörper. Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XXI. 1895.

Es ist dem Verf. gelungen aus der Hammelschilddrüse eine jodhaltige Substanz zu isoliren, die das wirksame Princip der Thyreoidea enthalten soll. Die Substanz ist fabrikmässig dargestellt (Farbenfabrik Bayer u. Comp.) und mit dem Namen «Thyrojodin» belegt worden. Es ist eine braun gefärbte amorphe Substanz, welche beim Erhitzen unter Entwicklung des Geruches von Pyridinbasen sich zersetzt. Eiweissreaction gibt das Thyrojodin nicht, wohl aber enthält es stets Phosphorsäure in organischer Bindung, wodurch die Vermuthung nahe gelegt wird, dass es sich möglicher Weise um ein Spaltungsprodukt der Kossel'schen Nucleinsäure handelt. Der Jodgehalt der Substanz beträgt 0,29%; jedoch ist Verf. überzeugt, dass eine noch mehr gereinigte Substanz einen höheren Jodgehalt besitzen werde. In der menschlichen Schilddrüse liess sich eine ganz ähnliche Jodverbindung nachweisen, wie in der Hammelschilddrüse. Die Untersuchung einer Struma ergab deutlich das Vorhandensein von Jod, doch schien der Gehalt an demselben wesentlich geringer, als in der normalen Drüse. Wenn man nun auch durch Verabreichung von Jodpräparaten Kröpfe zur Verkleinerung bringen kann, so lässt sich doch diese Wirkung nicht vergleichen mit der überraschend schnellen Wirkung der Schilddrüsensubstanz. Nach Verf. ermöglicht eben nur die Zufuhr von Jod die Bildung desjenigen Stoffes, welcher in der normalen Schilddrüse producirt wird, während die Schilddrüsentherapie dem Stoffwechsel die fertig gebildete Substanz zuführt. Es handelt sich dabei eben nicht um eine Wirkung des freien Jods oder eines Jodsalzes, sondern um die Bildung derjenigen specifischen organischen Jodverbindung, welche in dem Thyrojodin isolirt worden ist. Die Versuche des Verf. ergeben somit die interessante Thatsache, dass ein bestimmtes Organ des Körpers befähigt ist, einen in starker Verdünnung dem letzteren zugeführten Stoff aufzuspeichern und in eine functionell wichtige Verbindung überzuführen.

Wir wollen an dieser Stelle anführen, dass S. Fränkel im Laboratorium von Prof. Ludwig (Wien) einen Stickstoff-

haltigen krystallinischen Körper — das Thyreoantitoxin aus der Schilddrüse isolirt hat und dass es ihm an Versuchsthieren damit gelang die nach Exstirpation der Schilddrüse auftretenden Symptome erfolgreich zu bekämpfen. Die bekannte Fabrik Knoll & Co. hat nun eine Substanz dargestellt, die sowohl das Thyrojodin, wie auch das Thyreoantitoxin enthält — es ist das Thyraden; dasselbe enthält in einem Gramm 0,007 Jod. Für Erwachsene beträgt die Tagesdosis 1,0—1,5—5,0. (Anm. des Ref.). Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Martin: Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig 1895. Verlag von E. Besold.

Die Erkrankungen der Adnexorgane des Uterus bilden in letzter Zeit den bevorzugten Gegenstand einer Menge von Publicationen, pathologisch anatomischen Studien und Angaben von operativen Maassnahmen. In rasch wachsender Fülle schwellen die vielfach zerstreuten Beobachtungen und Publicationen zu einem Riesenmaterial an, das einer zusammenfassenden Darstellung aus berufener Feder harrte. A. Martin, auf einer grossen Erfahrung fussend, war, wie Wenige berufen diese Arbeit unterstützt von sachverständigen Mitarbeitern, wie M. Sänger, Orthmann, Wendeler und Kossmann, in Angriff zu nehmen. Der Abfassung dieses Werkes dienten die eigenen Beobachtungen — 1484 Salpinxerkrankungen — der letzten 8 Jahre als Grundstock, das ältere poliklinische Material ist nicht von neuem bearbeitet, sondern nur die Endresultate desselben in Berücksichtigung gezogen.

Nach einer anatomisch-entwicklungsgeschichtlich-physiologischen Einleitung (Martin und Wendeler) wird alsbald auf den Hauptheil, die Pathologie der Eileiter eingegangen, die von Martin, Orthmann und Kossmann bearbeitet ist. Hier werden die verschiedenen Formen der Erkrankungen der Tube, Diagnose, Verlauf und die Beziehungen zu den Nachbarorganen (Verwachsung, Perforation, Dislocation etc.) in sehr ausführlicher Weise besprochen. Des Näheren kann hier auf diesen durchaus lesenswerthen Abschnitt nicht eingegangen werden. Bei entsprechender Berücksichtigung der bisher auf diesem Gebiet hervorgegangenen Arbeiten tritt immer wieder der individuelle Standpunkt des Autors deutlich hervor. Einigermaassen befremdend wirkt auf den Leser die Einführung der neuen Nomenclatur: statt Hydro- Pyo- Haematosalpinx wird durchweg von einer Sactosalpinx serosa, purulenta, haemorrhagica gesprochen. Die Beschreibung der sich abspielenden pathologisch- anatomischen Veränderungen bei den verschiedenen Erkrankungsformen wird dem Leser durch eine grosse Anzahl wohlgelungener Bilder noch deutlicher zur Anschauung gebracht. In besonders eingehender Weise werden die mikroskopischen Verhältnisse behandelt.

Nach Besprechung der speciellen Betrachtung der einzelnen Formen der Entzündungen, folgt die Beschreibung der infectiösen Granulome (Syphilis, Tuberculose und Actinomycose) woran sich eine Abhandlung über die Neubildungen (M. Sänger, J. Barth) schliesst.

Einen nicht unbedeutenden Theil des Werkes macht der Abschnitt über die Eileiterschwangerschaft (Martin, Orthmann) aus. Den Ausführungen liegt ein Beobachtungsmaterial von 91 Fällen zu Grunde, von denen 14 nicht operirt wurden. Der Sitz des Eies war 46 mal ampullär, 6 mal tubo-ovarial, 8 mal isthmisch, 7 mal intraligamentär, in den übrigen Fällen ovarial, tubo-abdominal oder unbestimmt. Die ectopische Schwangerschaft hatte 33 mal in der linken, 44 mal in der rechten Tube ihren Sitz. Am meisten war der zweite (28 mal) der erste (22 mal) und der dritte Schwangerschaftsmonat vertreten. Der Foetus konnte in 44 Fällen nicht gefunden werden, in 20 Fällen war er abgestorben oder macerirt im Eisack, 2 mal vereitert, 5 mal frei in der Bauchhöhle entweder macerirt, mumificirt oder als Lithopädion (2 mal), ein Mal wurde bei lebender Frucht operirt. Von den 77 Operirten starben 12. Diesen Angaben werden Mittheilungen von Autoren anderer Länder zur Seite gestellt. Ueber die Ursache der ectopischen Einnistung des Eies, dieses «unglücklichen Zufalles», kann nicht eher das letzte Wort geredet werden, bevor die physiologischen localen Bedingungen der Befruchtung ergründet sind. Vor der Hand werden vorzugsweise die pathologische Beschaffenheit des Eileiters in seinen verschieden Beständen oder Verlegung des Tubenlumens verantwortlich gemacht werden müssen. Für die Wiederholung der ectopischen Schwangerschaft bei derselben Person, die gleichzeitige Intra- und Extrauteringravidität und die tubare Zwillingsschwangerschaft werden Fälle angeführt. Auf den mannigfachen Verlauf der Eileiterschwangerschaft kann nicht näher eingegangen werden, auch hier dienen eine Reihe trefflicher Abbildungen, die makroskopischen Verhältnisse betreffend, zur Veranschaulichung der Einnistung des Eies.

Dem vorliegenden recht umfangreichen Werke über die Krankheiten der Eileiter soll demnächst die Beschreibung der Erkrankungen der Ovarien, des Beckenperitoneums, soweit dieses in Beziehung zum Uterus steht, und der Beckenligamente folgen. Mit der Ausführung dieses Vorhabens wäre ein Werk ins Leben getreten, dem in der Fachlitteratur ein vornehmer Platz und unbestritten der Rang eines classischen Opus eingeräumt wird. Lingen.

Prof. Nil Filatow: Vorlesungen über acute Infectionskrankheiten im Kindesalter. Nach der 2. russischen Auflage übersetzt von L. Polonsky. Lieferung 1. Wien und Leipzig. Verlag von Josef Safar 1895.

Mit der Uebersetzung des in russischen Aerztekreisen sehr verbreiteten Werkes des bekannten Moskauer Pädiaters hat sich Polonsky den deutschen Aerzten gegenüber gewiss verdient gemacht. Wenn auch Filatow im Wesentlichen nicht von den allgemeinen Anschauungen, die wir über acute Infectionskrankheiten im Kindesalter haben, abweicht, so tragen doch seine Vorlesungen den Stempel der Originalität an sich, der Leser wird manche neue Gesichtspunkte gewinnen können; ganz besonders wird aber der junge Pädiater profitiren, da Filatow auf die differentielle Diagnostik besonderes Gewicht gelegt hat. Die erste vorliegende Lieferung umfasst die Diagnostik des Initialstadiums bei fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter. Verfasser bespricht zunächst recht ausführlich die Thermometrie, wobei er der Messung in ano den Vorzug giebt und den Rath ertheilt, das Thermometer vorher bis über 43° zu erwärmen und dann einzuführen; die fallende Quecksilbersäule gebe dann die genaue Temperatur des Körpers an; sodann bespricht Verf. in kurzen Zügen die Krankheiten, welche das Einsetzen des Fiebers bedingen und die Fehlerquellen, welche die richtige Auffassung der Erkrankung irreleiten können. Die folgenden Lieferungen sollen sich dann speciell mit den einzelnen acuten Infectionskrankheiten befassen. Abelmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

603. Sitzung am 5. März 1896.

Vorsitzender: Herr Tiling. Stellvertr. Secretär R. Wanach.

1. Herr Tiling theilt als weiteren Beitrag zur Hirnchirurgie folgenden Krankheitsfall mit. Ein junger Mann, der seit vielen Jahren an Eiterung aus dem linken Ohr leidet, erkrankt einige Tage nach einem erst auf directes Befragen zugestandenen geringfügigen Trauma im November 1895 an Schwindel, Kopfschmerz, unter Temperatursteigerung. Dazu kommen in den nächsten Tagen Kriebeln in der rechten Hand, leichte Aphasie, Paresen des rechten Arms, des rechten Facialis, des rechten Beins; das Bewusstsein schwindet. Dr. Lunin stellte die Diagnose: otitischer Hirnabscess und überwies den Kranken T. zur Operation. — Vort. fand noch Pulsverlangsamung, Abweichen der Zunge; keine Krämpfe, keine Stauungspapille. Da ein subduraler Abscess ausgeschlossen werden konnte, bestimmte Vortr. den Sitz des präsumirten Hirnabscesses an der Stelle, wo das Brocasche Centrum und die motorischen Centren des Facialis und Glossopharyngeus (unteres Ende der vorderen Centralwindung) zusammenkommen. Vortr. trepanirte an dieser Stelle. Mit schmalem Messer in verschiedenen Richtungen und Tiefen gemachte Probeincisionen in die Hirnsubstanz blieben erfolglos, auch am Tegmen tympani wurde nach Erweiterung der Trepanationsöffnung kein Eiter gefunden. Aus einer der Gehirnwunden erfolgte eine ziemlich heftige, anscheinend arterielle, Blutung, die nur mit einiger Mühe durch Tamponade gestillt werden konnte und sich beim ersten Verbandwechsel nach einer Woche wiederholte. — Wider Erwarten besserte sich nach der scheinbar erfolglosen Operation der Zustand des Kranken. Der Puls wurde frequenter, die Temperatur sank zur Norm, das Bewusstsein kehrte langsam wieder, die Lähmungen gingen zurück und nach etwa einem Monat war Pat. vollständig gesund — Es ist nicht leicht zu sagen, um was es sich in diesem Fall gehandelt hat. Ein grösserer Hirnabscess, Thrombose, Haemorrhagie können ausgeschlossen werden. Am ehesten scheint Tiling der merkwürdige Krankheitsverlauf durch die Annahme einer acuten Encephalitis, die vielleicht durch einen ganz kleinen unbemerkt durchgebrochenen Abscess angefacht war erklärbar zu sein. Das Krankheitsbild der acuten Encephalitis wird von neuen Autoren (Oppenheim) allerdings anders geschildert, ist aber in vieler Hinsicht noch dunkel. Eine Analogie würde bei dieser Annahme in dem Verlauf nicht vereiterter Phlegmonen oder ganz frischer Fälle von acuter Osteomyelitis zu finden sein; auch hier schwinden nach einem Entspannungsschnitt, resp. nach Aufmeisselung der Knochenmarkhöhle alle entzündlichen Erscheinungen, die trotz gänzlicher Abwesenheit von Eiter sehr schwer sein können.

— Zum Schluss stellt **Tiling** den Pat. in völligem Wohlbefinden mit fast geheilter Wunde vor. Der Schädeldefect ist 2 Monate nach der Operation plastisch nach **König** gedeckt worden.

Herr **Anders**. Vielleicht ist die überraschende Besserung durch die Entleerung des liquor cerebrospinalis zu erklären. A. hat ein deutliches Zurückgehen der Symptome der tuberculösen Meningitis nach Lumbalpunction (**Quincke**), einmal auch nach Trepanation, gesehen. Besonders frappant war der Effect der Entleerung des liquor cerebrospinalis in einem Fall von Spina bifida, bei dem sich nach Schliessung des Defectes schwere Druckerscheinungen entwickelt hatten.

Herr **Tiling**. Diese Erklärung hätte nur für das Schwinden der allgemeinen Hirnsymptome Geltung, nicht für das Zurückgehen der Herderscheinungen.

Herr **Anders** hält auch das Schwinden von localen Hirnsymptomen nach Herabsetzen des intracraniellen Druckes für möglich.

Herrn **Schmitz** erinnert die von **Tiling** erwähnte Blutung an einen Fall, den er in der v. **Volckmann**schen Klinik gesehen hat. Es wurde bei dem Kranken, der acut unter sehr hoher Temperatur erkrankt war, ein Abscess im Nacken angenommen. Bei der Incision entleerte sich reines Blut; es war eine «acute Blutcyste» mit schweren entzündlichen Erscheinungen. Da in **Tiling**'s Fall ein Trauma vorhergegangen ist, könnte es sich um etwas Aehnliches gehandelt haben.

Herr **Tiling**. Das durch Blutresorption verursachte Fieber kann wohl hoch werden, beeinträchtigt aber das Allgemeinbefinden nicht in so hohem Grade. Die Temperaturcurve im vorgestellten Fall spricht für Eiterung.

Herr **Lunin** erinnert sich nicht, nach Lumbalpunction ein Schwinden der localen Hirnsymptome gesehen zu haben. — Ein dem demonstrirten ganz analoger Fall von **Robson** wird in einer Arbeit von **Stephen** citirt; nach Punction und Entleerung des liqu. cerebrospinalis schwanden die ebenfalls schweren, auf Abscess deutenden Hirnerscheinungen.

Herr **Wanach**. Der von **Tiling** mitgetheilte Fall zeigt aufs Neue, dass die Diagnose des Hirnabscesses durchaus nicht so sicher ist, wie es nach den Schilderungen in den neueren Arbeiten scheinen könnte. Sie ist auch bei Anwesenheit aller klassischen Symptome nur mit Vorbehalt zu stellen. Bei einem von **Wanach** operirten Mann, der comatös ins Hospital gebracht wurde, sollten die schweren Hirnsymptome acut und nach bestimmter Angabe der Frau, gleichzeitig mit dem Versiegen einer alten Ohreneiterung aufgetreten sein. Objectiv wurde constatirt: Bewusstseinsverlust, Pulsverlangsamung bis 40, Otitis media dextra, Stauungspapille, schmerzhaftes Verziehen des Gesichts beim Beklopfen der rechten Schädelhälfte, leichtes Oedem daselbst. Der, bei Abwesenheit von Herdsymptomen im Temporallappen vermuthete Abscess wurde nicht gefunden. Bei der Section fand sich ein grosses Sarcom des Corpus striatum, das auf den rechten Stirnlappen übergegangen war.

Herr **Kroug**. Die Blutung in **Tilings** Fall machte durchaus den Eindruck einer arteriellen. Aus einer Blutcyste könnte sich das Blut nicht stossweise unter gleichbleibendem Druck entleeren.

Herrn **Heuking** erscheint es unwahrscheinlich, dass es sich um eine Gefässblutung gehandelt hat. Aus einer schmalen Stichwunde der Gehirnsubstanz kann eine Arterie nicht spritzen, weil der Stichcanal dazu viel zu eng ist. Wohl aber wäre es denkbar, dass eine unter starker Spannung stehende Cyste sich im Strahl entleert, ähnlich wie eine angestochene Hydrocele.

Herr **Tiling**. Es war ein dauerndes pulsirendes Bluten, das sich in gleicher Weise nach einer Woche wiederholte; es machte ganz den Eindruck einer Gefässblutung.

Herr **Schmitz** glaubt, dass es sich im mitgetheilten Fall doch um eine Blutcyste gehandelt habe. Dieselben kommen bekanntlich in allen Organen vor und entstehen durch Umwandlung aus Hämatomen. Das Fieber spricht nicht gegen die Annahme einer Blutcyste. So ist von **Kramer** aus der **Langenbeck**'schen Klinik ein Fall beschrieben unter dem Titel: Fermentintoxication ausgehend von Blutcysten. Es handelte sich um einen Pat. mit unklaren Lungen- und Darmerscheinungen, der monatelang fieberte und mehrfach behandelt wurde. Wegen einer sich ausbildenden Geschwulst am Oberschenkel kam der Pat. in die **Langenbeck**'sch Klinik wo Sarcom diagnosticirt wurde, und die Operation in der Exstirpation einer Blutcyste bestand. Mit der Exstirpation dieser Cyste schwanden alle Symptome. Auch im Falle **Tiling**'s kam ein Trauma vor, das ein Hämatom gesetzt haben kann, in welchem das Blut flüssig blieb.

Herr **Tiling** hebt dem gegenüber hervor, dass das Trauma geringfügig war (Fall auf eine Matratze beim Springen im Turnsaal). Auch die starken Schwankungen der Temperatur Morgens und Abends entsprechen nicht dem Blutresorptionsfieber, bei welchem die Temperatur eher constant ist. Ein Pulsiren aus einer Blutcyste dürfte nicht so gleichmässig sein, wie im beschriebenen Falle beide Male (während der Operation und beim Verbandwechsel). Als es zum zweiten Mal zur pulsirenden Blutung kam, waren auch schon alle Erscheinungen zurückgegangen. Diese Momente sprechen gegen die Annahme einer Blutcyste.

Herr v. **Schröder**. Die Entstehung einer Blutcyste im vorliegenden Fall ist nicht recht verständlich. Die von **Tiling** vertretene Anschauung, es handle sich um eine acute, circumscripte, oberflächliche Encephalitis ist so plausibel und stimmt mit dem Verlauf so gut überein, dass kein Grund vorliegt, nach andern Erklärungen zu suchen.

Herr **Kroug**. Um den Hirndruck zu erklären, müssen wir ein raumbeengendes Moment haben. Soll eine acute Encephalitis durch Fernwirkung (Druck) die Paresen hervorrufen, so muss sie eine grosse Ausdehnung haben, dagegen spricht aber die schnelle Heilung. Eine Encephalitis in den motorischen Bahnen ist wegen der restitutio ad integrum auszuschliessen. K. glaubt doch noch am ehesten einen Abscess annehmen zu müssen, der nur bei der Operation nicht entdeckt wurde.

Herr **Tiling** giebt, da er für seine Auffassung in der Literatur keine Stütze hat, die Möglichkeit zu, dass es sich vielleicht um einen **kleinen** Abscess gehandelt haben könnte. Dieser wäre unter der psychomotorischen Zone zu suchen; dann wären die von ihm abhängigen **secundären** Rindenerscheinungen durch die Entlastung zurückgegangen.

2. Herr **Schuster** (Nauheim) als Gast, hält einen zum Druck bestimmten Vortrag «**Ueber die Wirkung der Kohlensäure auf das sexuelle System**».

604. Sitzung am 19. März 1896.

Vorsitzender: Herr **Tiling**; Secretär: W. **Beckmann**.

1. Herr **Dombrowski** referirt über einen Fall von **primärem Sarcom der Tonsille** und demonstrirt den Pat. Diese Affection gehört zu den seltenen Geschwulstformen. Mc. **Goy** hat im ganzen 18 Fälle zusammenstellen können. Es kommen nach demselben Autor auf 10,000 Fälle von bösartigen Geschwülsten nur 9 Fälle von primären Tonsillentumoren, und unter diesen nur 1 mal Sarcom. Der vorgestellte Pat. ist Musiker und 66 J. a. Derselbe kam zu D. mit der Klage von Unbehagen in der linken Tonsillargegend, das seit 2 Monaten vorhanden war. Die Tonsille hatte sich vergrössert und war zu einer wallnussgrossen Geschwulst herangewachsen. Der Tumor war weich elastisch, wenig schmerzhaft, ohne entzündliche Erscheinungen und charakterisirte sich dadurch als bösartige Geschwulst. In der letzten Zeit litt Pat. auch an Behinderung der Speichelabsonderung. Die Operation wurde im Alexanderhospital ausgeführt. Der Tumor wurde durch den **Langenbeck**'schen Schnitt vom Mundwinkel zum Schildknorpel zugänglich gemacht und exstirpirt. Der durchsägte Unterkiefer wurde nicht vernäht, da die Nadel des Drillbohrers brach. Die Knochennaht führt auch für gewöhnlich nicht zu einer primären Verheilung wegen der entstehenden Nekrose der Sägeflächen. Es wurden in diesem Fall die Weichtheile dicht vernäht. Jetzt besteht eine feste Pseudarthrose Pat. kann gut kauen und schlucken (Demonstration).

2. Herr **Tiling**: **Ein Fall von Krebs des Mundbodens**. Pat. erkrankte im Sommer 1894. Zunächst machte sich ein kleines Knötchen rechts unter der Zunge bemerkbar, das mehrfach behandelt wurde und zu früh auch in homöopathische Behandlung kam. Im September 1895 constatirte T., dass der ganze Mundboden von carcinomatösen Geschwulstmassen eingenommen war. Die vorderen Zähne waren wackelig, und auf dem Kinn ein kraterförmiges Krebsgeschwür, das durch den Knochen durchgewuchert war. Rechte Submaxillardrüsen geschwollen, stinkender Ausfluss aus dem Munde, reducirte Ernährung. Die Oberfläche der Zunge und die Radix linguae waren nicht ergriffen; auch waren der Larynx und die Gaumenbögen frei. Auf Bitte des Pat. und seiner Frau entschloss sich T. diesen anscheinend hoffnungslosen Fall zu operiren, da die Operation technisch noch ausführbar war. Das Risico der Operation übernahm der Pat. selbst. Die Operation wurde in Aethernarkose ausgeführt, und wurde das Kinn, der Unterkiefer bis zum Winkel hin, der Mundboden bis zum Zungenbein entfernt. Vorausgeschickt wurde die Unterbindung der beiden arteriae linguales und der maxill. externae. Die rechte lingualis war wegen der Infiltration der Gewebe schwer zu unterbinden. Die Operation war nach diesen Unterbindungen fast blutleer und ging schnell vor sich. T. entschloss sich eine dünne nach hinten dicker werdende Schicht von der Zunge abzuschälen, zu erhalten und zu umsäumen, trotzdem alle 4 Nerven der Zunge (hypoglossi und glosso-pharyngei) in ihren Stämmen durchschnitten waren. Pat. überstand die Operation und wurde mit der Schlundsonde gefüttert. Von der umsäumten Zunge starb etwa die Hälfte ab, der Rest blieb erhalten. Bei einer Geschmacksprüfung 13 Tage nach der Operation konnte eine Wiederherstellung des

Geschmackes in der Mitte der Zunge constatirt werden. Später konnte Pat. auch Bewegungen mit dem Zungenstumpf machen. Pat. konnte zählen und auch, wenn auch undeutlich, sprechen. Später wurde dem Pat. ein neuer Mundboden aus dem Halse entnommenem Material gemacht, und der Mund nach unten hin durch aus der Oberlippe entlehntes Gewebe abgeschlossen. Es blieben zunächst 2 seitliche Löcher, die in die Mundhöhle führten bestehen, dieselben wurden durch eine zweite plastische Operation geschlossen, wobei aus den Mandibelstümpfen eine Art Kinn gebildet wurde. Nach Herstellung einer kleinen Mundhöhle in der beschriebenen Weise wurde die Sprache dumpfer.

Im mitgetheilten Falle erscheint die Wiederherstellung des Geschmackes paradox und entspricht nicht den anatomischen Anschauungen, ebenso auch die Wiederkehr der Beweglichkeit der Zunge. Der N. hypoglossus wurde beiderseits an der Stelle durchschnitten, wo er zur a. lingualis in Beziehung tritt, vorher giebt er aber keine Zweige ab. Das Carcinom erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Plattenzellenkrebs; bis jetzt ist der Pat. recidivfrei. (Demonstration des Pat.).

3. Herr Eliasberg: Kurzer Bericht über die Thätigkeit der ophthalmologischen fliegenden Kolonne im Gouvernement Pensa im Mai und Juni 1895.

Der Vortragende sieht den Nutzen der ophthalmologischen fliegenden Kolonnen einerseits in der den Kranken geleisteten kunstgerechten Hülfe, anderseits aber darin, dass Landärzte ophthalmologisch ausgebildet werden. Letztere machten unter Leitung des Vortr. 292 Trachombürstungen mit der Schröder'schen Bürste und Belljarminoff'schen Pincette, 65 Cantoplastiken, 32 Trichiasis- und Entropionoperationen (mit Hauttransplantationen), 20 Dilatationen bei Dacryocystitis 14 Iridectomien, 5 Extractionen von Alterscatarracten. Die 4 Landärzte, die in der Kolonne thätig waren sind vollständig genügend ausgebildet worden um das Trachom zu bekämpfen. Von 2498 Kranken mit 3675 Besuchen litten 1160 an Trachom (365 M. und 795 W.) also 68,5 %. Von 286 unheilbar Blinden (11,45 % der Gesammtzahl) war bei 98 (-34,26 %) die Erblindungsursache Trachom, in 14,3 % Variola, in 11,9 % Glaucom, in 9,1 % Sehnervenatrophie, in 4,5 % Blenorrhoe und 2.8 % Traumen.

Trichiasis ist in 9,7 % bei Trachoma regressivum, in 43,8 % bei Trachoma absolutum verzeichnet worden. Im ganzen ist die Trichiasis bei 31,5 % aller Trachomkranken als Folgezustand aufgetreten: der Pannus dagegen in 62 % von Trachoma regress. und 74 % von Trachoma absol. (durchschnittlich in 66,9 %). Bei 23 Trachomkranken war auf einem Auge Leukoma adhaerens totale, bei 12 Staphyloma corneae totale, bei 26 Phthisis bulbi.

Pannus totalis war bei 219 Pat. (334 Augen).

Uebersicht über alle ausgeführten Operationen:

Extractio catar. senil cum. Iridectomia	47
« « « simplex	1
« « mol. cum Iridectomia	5
« « « simplex	6
Discisio cataractae	10
Iridectomia	32
Sclerotomia	1
Operatio Pterygii	5
Tatuatio	15
Operatio Trichiasis et Entropii cum transplantatione	100
Canthoplastica	126
Chalazion	3
Total	351

Dazu kommen noch 669 Trachombürstungen und Quetschungen, 4 Incisionen von Palpebralabscessen und 74 Dilatationen bei Dacryocystitis chron. Im ganzen 1098 Eingriffe. Keine einzige Complication infectiöser Natur wurde nach den Operationen beobachtet, was der gründlichen Desinfection von Instrumenten und Operationsfeld zu verdanken ist. Die äusseren Verhältnisse waren nicht immer günstig. Zur Desinfection wurde ausschliesslich das Hydrargyr. cyanat verwandt, das vor einigen Jahren von Dr. Schröder auf Grund der Untersuchungen von Chibret in die St. Petersburger Augenheilanstalt eingeführt wurde. Die Instrumente werden zuerst mit einer Mischung von Alkohol und Aether abgewischt und dann auf 15 Minuten zuerst in eine 1 % wässrige Lösung darauf in eine Lösung von 1:1500 von Hydrarg. cyanat gelegt. Augenbrauen und Lider, besonders der Ciliarrand werden mit neutraler, flüssiger Seife und warmen Wasser gewaschen, darauf mit der schwachen Lösung von Hydr. cyanat (1:1500) berieselt, ebenso der Conjunctivalsack mit derselben Lösung berieselt und die Uebergangsfalten mit Stieltupfern gereinigt.

Das Resultat der 44 vom Vortr. gemachten Extractionen von Alterscataracten war folgendes:

In einem Falle, wo das andere Auge an Glaucoma degenerativum vor vielen Jahren erblindet war, war das Resultat $\frac{1}{\infty}$ mit schlechter Projection infolge schleichender, schmerzloser Iridocyclitis chron.

Finger zählen 1/2 — 1 Meter — 3
« « 2 — 3 « — 6
« « 4 — 5 « — 8

Bei diesen 17 Augen musste noch eine Discission der Cataracta secundaria vorgenommen werden.

V. 0,1 — 4
V. 0,2 — 11
V. 0,3 — 3
V. 0,4 — 3
V. 0,5 — 4
V. 0,7 — 1

Die Sehschärfe wurde mit einfachen sphärischen Convexgläsern bestimmt. Cylindergläser waren im Besteck nicht vorhanden. Demonstration eines Pat., nach Trachombehandlung.

Herr Blessig sieht gleichfalls den Hauptnutzen der augenärztlichen fliegenden Colonnen in der Ausbildung von Landärzten in der Augenheilkunde, ferner wird das Reich auf diese Weise erforscht in ophthalmologischer Richtung. Es ist jetzt erwiesen, dass das Trachom die wichtigste Augenkrankheit und häufigste Erblindungsursache ist. Die von Schröder vor 8 Jahren wieder angeregte mechanische Behandlung des Trachoms hat jetzt allgemeine Verbreitung gefunden. Während man in Russland diese Behandlung allgemein acceptirt hat, finden sich im Westen, wo das Trachom viel seltener ist, noch Gegner derselben, die behaupten, dass durch diese Behandlungsmethode die Conjunctiva zerrissen und grössere Narben geschaffen werden. Der platte Epithelüberzug der Conjunctiva des demonstrirten Pat. beweist die Haltlosigkeit dieses Einwandes. Das Verfahren setzt keine Narben, wo solche vorhanden sind, sind sie Trachomnarben. Die Art der mechanischen Behandlung, Quetschung, Bürstung, Curettement etc. ist irrelevant. Alle Verfahren geben gleich gute Resultate, es kommt nur darauf an den reifen Follikel mechanisch zu entfernen. Auch bei dieser Behandlung muss individualisirt werden, und kann nicht jeder Pat. mechanisch behandelt werden. Die günstigen Operationsresultate des Vortragenden illustriren die Wichtigkeit der peinlichen Desinfection, besonders des Operationsfeldes.

4. Herr Thilo aus Riga (als Gast) demonstrirt eine Reihe von Apparaten, Schienen und Vorrichtungen zu Widerstandsbewegungen eigener Erfindung und erklärt deren Verwendung.

Herr Anders hat einige der demonstrirten Apparate mit gutem Erfolge angewandt.

Vermischtes.

— Die Professoren Sklifassowski (Chirurg) und Ssetschenow (Physiolog) sind von der Ssaratowschen physiko-medicinischen Gesellschaft, dem Verein der Aerzte des Gouvernements Jenisseisk und der Woronesh'schen Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit zu Ehrenmitgliedern ernannt worden.

— Am 26. August 1896 läuft der Termin zur Bewerbung um die von der Medico-Chirurgen Nicolai Iuschenow bei der med. Academie gestiftete Prämie ab, welchem alle 4 Jahre für die hervorragendste Arbeit oder Entdeckung auf den Gebieten der medicinischen Wissenschaft verliehen wird. Die Prämie beträgt 3250 Rbl. Zur Bewerbung werden nur gedruckte Originalwerke in russischer Sprache zugelassen.

— Von der militär-medicinischen Academie werden als Delegirte derselben Prof. Benjamin Tarnowski (Syphilidolog) nach London auf den im August daselbst stattfindenden internationalen Dermatologen-Congress, Prof. Bechterew (Psychiater) nach München, auf den Psychologen-Congress und Prof. A. J. Lebedew (Gynäkolog) nach Genf auf den internationalen Gynäkologencongress abdelegirt werden. An dem in Kiew stattfindenden VI. Aerztecongresse werden als Delegirte der genannten Academie die Professoren B. Tarnowski, Bechterew und Kostjurin theilnehmen.

— Verabschiedet: Der Vicedirector des Medicinal-Departements, wirkl. Staatsrath Dr. Jepifanow, wegen Krankheit.

— Verstorben: 1) Am 3. April in St. Petersburg der hiesige praktische Arzt Dr. Anton Rühlmann im 54. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der medico-chirurgischen Academie, an welcher er i. J. 1866 den Cursus absolvirte und 1874 die Doctorwürde erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Landschaftsarzt im Gouvernement Ssaratow und war hierauf 1869—1872 Ordinator am hiesigen Obuchow-Hospital, um sich dann ausschliesslich seiner

ausgebreiteten Privatpraxis zu widmen, in welcher er als Specialist für Hals- Nasen- und Ohrenkrankheiten einen ausgezeichneten Ruf genoss. 2) In Kertsch der jüngere Arzt des dortigen Militärlazareths, Dr. Arthur Grünert im 33. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kurland und und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, worauf er Militärarzt wurde. 3) In St. Petersburg der Polizeiarzt des Wassili Ostrow'schen Stadttheils, Staatsrath Dr. Johann Bibinow im Alter von 60 Jahren. Der Verstorbene bekleidete über 25 Jahre diesen Posten. 4) In Kainsk der Stadtarzt Joseph Beigel im 61. Lebensjahre. 5) In Neapel der bekannte Kliniker und Senator des Königreichs Italien, Prof. Mariano Semola, im 65. Lebensjahre.

— Der verstorbene hiesige Arzt Geheimrath Dr. Wywodzew hat 10,000 Rbl. zum Bau eines neuen Gebäudes für das jüdische Krankenhaus in der Stadt Bjelzy (Bessarabien) testamentarisch vermacht.

— Am 15. April beging der Landschaftsarzt des St. Petersburger Kreises Dr. A. Sotschawa in Pargola das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Von den Dienstcollegen wurde ihm ein Werthgeschenk und von der Sanitätscommission eine Adresse überreicht.

— Der Assistent des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna Dr. W. W. Stroganow ist zum Professor an dem hiesigen Hebammeninstitut ernannt worden.

— Auf Anordnung des Ministers der Volksaufklärung sind 96 Pharmaceuten und 7 Medicinstudirende aus der Zahl der Zuhörer der Universität Jurjew (Dorpat), gestrichen und aus der Stadt ausgewiesen worden. Veranlassung dazu sind Conflicte der Studirenden mit dem Professor der Pharmacie, Mag. chem. Kondakow gewesen.

— Einer der grössten Quacksalber aller Zeiten und Völker, der italienische Graf Cesare Mattei, ist im Alter von 87 Jahren in Italien gestorben. Trotz der ungeheuren Summen, die er für Reclame verausgabte, hat derselbe durch den Verkauf seiner angeblich wunderwirkenden Arzneien mit weisser, rother, blauer und grüner Electricität ein Kapital von 10 Millionen Lire erworben, von denen er zwei Millionen zur Errichtung eines Asyls für arme Greise in Bologna testamentarisch vermacht hat.

— An der militär-medicinischen Academie ist gegenwärtig nur der Lehrstuhl für Diagnostik und allgemeine Therapie, welchen der vor Kurzem verstorbene Professor Tschudnowski inne hatte erledigt.

Die interimistische Leitung der mit diesem Lehrstuhl verbundenen Klinik ist dem Privatdocenten der Academie Dr. Janowski übertragen worden.

— Zu Britz bei Berlin ist vor Kurzem das neue Teltower Kreiskrankenhaus mit 150 Betten eröffnet worden, an welchem unser Landsmann Dr. Alfred Bidder, ein Sohn des verstorbenen Dorpater Physiologen, Prof. Friedrich Bidder, als Leiter fungirt. Dr. A. Bidder hat seine medicinische Bildung in Dorpat erhalten, worauf er Arzt in Halle, Mannheim und von 1883 an in Berlin war.

— Die Pariser Académie de Médecine hat den Preis Saint Paul im Betrage von 25,000 Francs zur Hälfte Dr. Roux (Paris) und zur Hälfte Prof. Behring (Marburg) für die Entdeckung des Diphtherie-Heilserums zuerkannt.

— Die Wittwe Audiffred hat der Pariser Académie de Médecine ein Capital von 800,000 Francs übergeben, dessen Zinsen Demjenigen (ohne Unterschied der Nationalität und Confession) als Leibrente zufallen sollen, welchem es gelingt ein Mittel gegen die Tuberculose, sei es ein curatives oder präventives, zu finden, das von der Academie als gegen die Tuberculose wirksam anerkannt wird. Bis dahin steht der Academie die freie Verfügung über die Zinsen zu. (A. m. C.-Ztg.).

— Der Professor der Hygiene in Marburg, Geh. Medicinalrath Dr. Behring hat einen längeren Urlaub angetreten und wird von dem Privatdocenten an der Berliner Universität, Stabsarzt Dr. Wernicke vertreten.

— In Oesterreich werden künftig auch Frauen zur Nostrification ihrer ausländischen medicinischen Doctordiplome zugelassen. Die Canditatin muss die oesterreichische Staatsbürgerschaft nachweisen, das 24. Lebensjahr zurückgelegt haben, das Reifezeugniss eines oesterr. Gymnasiums beibringen und sich sämmtlichen praktischen wie theoretischen Prüfungen mit Ausschluss der naturhistorischen Vorprüfungen unterziehen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. April d. J. 8179 (55 wenig. als in d. Vorw.), darunter 1409 Typhus — (32 wen.), 670 Syphilis — (21 wen.), 197 Scharlach — (12 wen.), 64 Diphtherie — (11 mehr), 113 Masern — (10 mehr) und 54 Pockenkranke — (5 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. April 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
441	336	777	173	77	134	17	10	36	77	61	53	55	46	27	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 39, Febris recurrens 7, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 11, Masern 28, Scharlach 29, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 52, Todtgeborene 30.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. April 1896.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 6. Mai 1896.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

Massage, Elektrotherapie, Gymnastik (ehemals Dr. Hünerfauth). Für **Magen- u. Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- u. Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche. — Bauchmassage** f. Brunnen-Patienten. — Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten Bäder. —Farad., Galvan., Influenz—Elektr.

(36) 8—1. **Dr. Hans Leber.**

CUR- UND SEEBAD PERNAU

in Livland.

Saison vom 20. Mai bis 31. August.

Nähere Auskünfte durch die Badecommission. (21) 4—3.

BAD ARENSBURG.

Warme See- und Schlammbäder.

Kaltes Baden im offenen Meere. Reine Seeluft und insularisches Klima.

Saison: 20. Mai bis 20. August.

(28) 8—3.

Bad Homburg

in Taunus, ½ Stunde von Frankfurt a. M.

Fünf Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern.** Fichtennadel- und Moorbädern. Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versandt während des ganzen Jahres.

= Broschüren und Prospecte durch die Kur- und Bade-Verwaltung. =

(25) 4—2.

Hunydi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(47) 17—2.

Dr. Kölder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Prosp. gr. u. fr.

Aerztliche Kurpension

NORDERNEY

Auskunft durch Sanitätsrath Dr. Kruse. Dr. Menke.

Neu eröffnet

die erste specielle Engros-Niederlage

in Moskau.

Chirurgische und Verband-Artikel, Gummi-Waaren, Gegenstände zur Krankenpflege, Pharmac. Utensilien.

HANDELSHAUS

A. Bolt & Co., Moskau.

Ильинка, Іосифовское Подворье. (35) 3—3.

Der illustrirte Preis-Courant wird auf Wunsch gratis zugesandt.

Fruchtweine

Johannisbeerwein, weiß und roth, **Stachelbeerwein, Heidelbeerwein.** Wir offeriren unsere **sämmtlichen Fruchtweine** per Flasche **75** Pfg. excl. In Gebinden von 20 Liter an mit **1** Mark per Liter excl. Bei Entnahme von 50 Flaschen und größeren Gebinden Engros-Preise. Aerzten, Apothekern, Krankenhäusern auf Wunsch Proben gratis und franko. Auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung kommen unsere sämmtl. Fruchtweine in der Kosthalle der Berliner Groß-Destillateure glasweise zum Ausschank.

Eugen Neumann & Co.,

Obst- und Beerenweinkelterei, Berlin, Hollmannstr. 16.

Unsere Kellereien stehen dem geehrten Publikum jeden **Dienstag** und **Freitag Nachmittag von 3 bis 6 Uhr** zur gefälligen Besichtigung geöffnet, und werden auch auf Wunsch **Proben gratis** gegeben.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GR^DE-GRILLE

HOPITAL

"Avoir soin de désigner la Source"

Bad Nauheim, Dr. med. C. Beste.

Дозв. ценз. Спб. 19 Апрѣля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, 27. April (8. Mai) 1896

Klinische Mittheilungen

aus dem Peter-Paulhospital.

Von

Dr. med. A. Högerstedt.

VI.

Ueber Pericarditis suppurativa influenzosa.

Meine Herren!

Casuistische Mittheilungen — herausgegriffen aus der Materialfülle unserer grossen Krankenhäuser — bedürfen einer einleitenden Captatio benevolentiae eigentlich nicht, wenn sie einer Zeit entstammen, in welcher — wie in diesem Winter — der Genius epidemicus eine Krankenfluth erzeugt, aus der eo ipso nur ausserordentlich Merkwürdiges herauszuragen vermag. Dass der Kranke, für dessen Geschichte ich mir Ihre Aufmerksamkeit heute erbitte, unser Interesse in so hohem Grade zu fesseln vermochte, trotzdem der seit Monaten auf zweihundert, also nahezu auf's Doppelte gesteigerte Bestand meiner Abtheilung in uns eine gewisse Abstumpfung auch ungewöhnlichen Erscheinungen gegenüber hat aufkommen lassen, — aus diesem Umstande, meine ich, wollen Sie ermessen, wie bedeutungsvoll uns die an diesem Fall gemachten Beobachtungen und Erfahrungen erschienen sind.

Im vergangenen Jahre habe ich[1]) einen jener nicht zahlreichen Influenzafälle veröffentlicht, in deren potenzirter Acuität die von Vielen noch unterschätzte bösartige Tendenz dieses Krankheitsprocesses klar nachzuweisen war. In der vorbacteriellen Zeit hätte man auf Grund solcher Sectionsergebnisse und in absoluter Abhängigkeit von der anatomischen Definition einfach von einem zufälligen Nebeneinander schwerer exsudativer Organerkrankungen gesprochen, deren ätiologischer Causalnexus im besten Falle von Wenigen geahnt worden wäre. Diese Zeit liegt noch nicht weit hinter uns, und wir definiren immer noch so manchen Krankheitscomplex schablonenmässig nach der Prävalenz seines anatomischen Substrats, wo die bacteriologische Forschung uns doch Beweise erbracht hat, dass die specifische Organerkrankung nur einen sehr variablen Theil der Reactionserscheinungen ausmacht, mit denen der Gesammtorganismus auf die erfolgte Infection antworten kann. Denn da das Symptom nur eine Function von Reiz und Disposition ist, so muss, wie Rosenbach[2]) ausführt, die Lösung dieser Gleichung mit zwei Unbekannten eine unendliche Mannigfaltigkeit von Ergebnissen darbieten; der gleiche Reiz muss bei verschiedener Disposition ebenso verschiedene Reactionsformen liefern, wie die gleiche Disposition bei verschiedenen Reizen. Weil aber die Grösse der Erregbarkeit für die vorhandene Mikrobenspecies nur von klinischen Gesichtspunkten aus erschlossen werden kann, so sollten wir Kliniker der nicht mehr abweisbaren Aufgabe, brauchbare Mitarbeiter der Bacteriologen zu werden, durch eine Denkweise näher treten, welche mehr physio-pathologisch und weniger anatomisch fundirt sein müsste.

Das sind nicht leere Worte, m. H., die solchen Aufgaben zustrebende Gedankenarbeit am Krankenbett ist allemal eine That, deren leitendes Princip früher oder später durchdringen wird. Ist ja von den vornehmsten Factoren unserer ärztlichen Kunst, um einen treffenden Ausdruck Hanot's zu gebrauchen, die richtige Abschätzung des Individualitätscoëfficienten an die erste Stelle gerückt. Diesen Programmwechsel hat auch Rosenbach[2]) angedeutet, wenn er sagt, dass dem Nachweis der Mikroben klinischerseits nur in dem Sinne ein besonderer Werth beigelegt werden könne, als z. B. die Anwesenheit von Tuberkelbacillen im Sputum beweise, dass eine gewisse Minderwerthigkeit des Lungengewebes vorhanden ist, die weitere Gewebsveränderungen in Aussicht stellt und auch den Boden für die Eiterungserreger schafft. Die Thatsache, dass jeglicher anormale mechanische oder chemische Reiz zum Ausbruch localer Infectionswirkungen führt, sobald davon ein Individuum betroffen wurde, das schon vordem — manifest oder latent — Träger dieser Infection war, ist, wie Chauffard[3]) mit dan-

kenswerther Klarheit auseinandersetzt, eine Regel, welche eines der sicherst begründeten Gesetze der modernen Experimentalpathologie ausmacht. Bringen Sie einem septicämisch inficirten Versuchsthier eine noch so geringe Verletzung eines seiner Organe bei, und dieses Organ wird Ihnen den praedominirenden oder alleinigen Herd, das anatomische Substrat der Infection darbieten. Die Läsion kann also die schlummernde Infection wecken und sie örtlich fixiren, sie schwächt die Widerstandsfähigkeit unseres Organismus soweit, dass im Zustande der Ruhe befindliche Keime, welche wir auf der Oberfläche unserer Schleimhäute oder im Parenchym unserer Organe beherbergen, plötzlich ihre Virulenz zu bestätigen vermögen. Und das geschieht so prompt, dass man hierauf füglich den Satz der alten Congestionslehre anpassen könnte: Ubi stimulus, ibi fluxus. Ich erwähne hier — ein Beispiel für viele — die beweiskräftigen Versuchsresultate Rubino's[4]), welcher an Kaninchen künstlich Pericarditis hervorzurufen trachtete. 12 intravenöse Injectionen von Reinculturen des Staphylococcus fielen negativ aus; bei directer Einbringung in den Herzbeutel gelang es ihm 14 Mal Pericarditis zu erzeugen. 25 Mal waren aber auch intravenöse Injectionen erfolgreich, wenn er vorher das Pericard in Reizzustand versetzt hatte. So rief Kältewirkung auf die Herzgegend die gewünschte Wirkung allein nicht hervor, wenn aber gleichzeitig Staphylococcen in's Blut eingespritzt wurden, so erfolgte Pericarditis. Desgleichen erwies sich eine einfache Contusion der Herzgegend als unfähig eine Pericarditis herbeizuführen, dagegen kam es zu einer solchen, wenn er gleichzeitig Injectionen in das Blut machte.

Es ist klar, m. H., dass die Schärfe unserer ätiologischen Analysen am Krankenbett um so mehr zunehmen wird, je weiter wir auch in der Kenntniss der Wege gelangen werden, auf denen das inficirende Princip in den thierischen Organismus eindringt und sich in ihm fortpflanzt. Gerade auf diesem Gebiete kann die Klinik der Bacteriologie wichtige Dienste leisten. Da der von Canon und Pielicke angegebene Befund von Influenzabacillen im Blute sich durch die einwandfreien Untersuchungen Pfeiffer's[5]) nicht bestätigt hat, sind wir zunächst, bis Pfuhls Befunde nicht allgemeine Bedeutung erlangt haben werden[6]), genöthigt uns die gewöhnliche Propagationsweise dieser Microben nach Analogie der Continuitätsinfectionen vorzustellen. Damit würde die Thatsache gut übereinstimmen, dass die Influenzabacillen in den inneren Organen ausser in den Lungen nur ausnahmsweise und vereinzelt angetroffen werden; und der bronchopneumonische Charakter dieser Lungenlocalisationen spricht seinerseits deutlich genug für ihre Herkunft von der Schleimhautoberfläche. Nachdem ferner fort und fort der Nachweis geliefert worden ist, dass sich der Influenzabacillus dagegen besonders häufig in den exsudativen Auflagerungen der serösen Häute und nicht selten darin als Reincultur vorfinde, liegt der Gedanke nahe auch eine Propagation auf dem Wege der Lymphbahnen und Gewebsspalten anzunehmen. Es besteht diesbezüglich offenbar eine weitgehende Uebereinstimmung mit der Entstehungsweise jener Peritonitis, welche Fränkel[7]) bei Thieren nach künstlichem Darmverschluss durch den Kolibacillus zu Wege bringen konnte. Weiss man doch, dass die Darmbacterien unter günstigen ihre Virulenz steigernden Bedingungen auch durch die unversehrte Serosa als Infectionserreger vom Darm her in die Bauchhöhle gelangen können[8]). Für diese den serösen Häuten bekanntlich in hohem Grade innewohnende Fähigkeit abnorme Substanzen und Mikroorganismen zu fixiren sind sehr wahrscheinlich chemotactische und mechanotropische Ursachen[9]) entscheidend. Sicher ist, dass der auf diesem Terrain sich nun entspinnende Kampf zwischen Leucocyten und Bacterien durch die Attractionskraft der entwickelten Toxine provocirt wird[10]). Wie die Wanderzellen aus dem Blute austreten und in den verhältnissmässig wasserreicheren Inhalt der Lymphgefässe einwandern, so wandern sie auch, sagt Thoma[9]), wenn gewisse giftige Substanzen im Gewebe diffundiren, aus giftarmen Bezirken in giftreiche. Man hat, ich erinnere an die von Pfuhl[6]) vertretene Anschauung, auf Grund der von der Klinik genugsam erbrachten Beweise, dass diese Exsudationen auch ohne Mischinfection auffallend schnell eitrig werden können, den Influenzabacillen direct eitererregende Eigenschaften zusprechen wollen. Ich glaube nun nicht nochmals wiederholen zu müssen, dass das Sache der Disposition ist; die serösen Häute scheinen allerdings neben der Schleimhaut der Respirationswege ganz besonders prädisponirte Wahlstätten zu sein, auf welchen dieser von Pfeiffer[5]) so anschaulich geschilderte Vernichtungskampf vorgeht. Während er im Auswurf von frischen Fällen nur wenig Bacillen in den Eiterzellen enthalten sah, nahm bei fortschreitender Krankheit die Anzahl der freien Bacterien ab, dafür erschienen aber die Eiterzellen mit feinen, das Protoplasma in dichten Schwärmen füllenden Stäbchen geradezu vollgestopft. Während der Wiedergenesung erschien auch die überwiegende Mehrzahl im Inneren der Eiterzellen. Die Bacillen liessen aber dann vielfach Entartungserscheinungen erkennen, waren schmäler als sonst, färbten sich schlecht und zerbröckelten in feinen molekulären Detritus. Züchtungsversuche waren dann erfolglos.

Dank der im Auftrage des Berl. Vereins für innere Medicin veranstalteten Sammelforschung[12]) verfügen wir über ein sehr zuverlässiges statistisches Material. Unter 8185 Zahlkarten fand Stricker in 1503 Fällen, also in 49 % Angaben über Betheiligung der Respirationsorgane und unter diesen entfielen 869, d. h. 06 % auf unabhängig von Entzündungen der Lungen aufgetretene Pleuritiden, von welchen 40 eitrig gewesen waren. Seitens des Herzens fand Litten Pericarditis wiederholt erwähnt und zwar unter der Form der trockenen, reibenden Herzbeutelentzündung, während in anderen Fällen ganz unzweifelhaft Exsudate beobachtet worden waren, die, wie Ribbert ausführt, sich als trübe seröse oder grünlich eitrige Flüssigkeit oder als dicker, die Pericardialblätter verklebender Fibrinbelag präsentirt hatten. Diese Entzündungen hatten meist neben Pleuritis bestanden und waren als von dieser fortgeleitet angesprochen worden, waren also in diesem Sinne secundär. Mit Recht haben aber Lees[13]) und Withington[14]) betont, dass alle solche Localisationen bacteriologisch nur als Theilerscheinungen der primären Infection, nicht als Complicationen anzusehen sind, sobald der specifische Krankheitserreger nicht mit Eitercoccen vergesellschaftet oder gar durch diese ersetzt ist. Bacteriologisch begründete Angaben über solche reine bacilläre Influenzapericarditis habe ich in der mir zugänglichen Literatur der letzten drei Jahre zu meinem Erstaunen nicht finden können, obwohl der Herzapparat bekanntlich nicht selten, aber, wie es scheint — ich verweise auf die Mittheilungen Pawinsky's[15]) und Sansoms[16]), — meist toxisch in Mitleidenschaft gezogen wird.

Ich komme nun zur Beschreibung unseres Falles, der in physikalischer Hinsicht hauptsächlich deswegen ein diagnostisches Problem darstellte, weil der in jenem Krankensaal ordinirende junge College bedauerlicher Weise den Herzbefund in den ersten Tagen nicht so detaillirt notirt hatte, wie es später unseren Zwecken dienlich gewesen wäre. Allseitig genaue Arbeit war damals freilich kaum zu bewältigen, und — à la guerre, comme à la guerre.

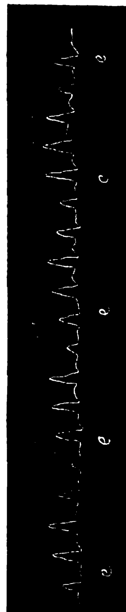
Der am 14. December 1895 aufgenommene 25-jährige wohlgebaute Mann war bis vor 2 Jahren in Riga als Commis in Stellung, hatte sich stets einer guten Gesundheit erfreut und war, obwohl er allerlei Sport betrieb, nie kurzathmig gewesen.

Vor 2 Jahren nach Petersburg übergesiedelt, hatte er, wie aus Andeutungen seiner Schwestern hervorging, während der beiden letzten Monate ohne bestimmte Beschäftigung lebend hin und wieder excedirt. Ueber in dieser Zeit etwa bemerkbar gewordene Krankheitssymptome konnte aber etwas sicheres nicht in Erfahrung gebracht werden. Seit 3 Tagen bestand Fieber mit initialem Schüttelfrost und bedeutender Prostration. Bei der Aufnahme constatirte man rauhen, trockenen Husten, Schmerz in der linken Seite der Brust, Athemnoth und Stuhlverhaltung. T. 38,6, P. 120, R. 48. Lhu bei wenig gedämpftem Percussionsschall ziemlich deutliches Bronchialathmen, mehr nach vorne zu Pleurareiben. Gesicht und Extremitäten cyanotisch. Herztöne rein. Hochgestellter Urin mit gegen 0,1% Albumen. Leber und Milz nicht nachweislich vergrössert. Am folgenden Tage T. 39—39,3, P. 120. Rostfarbenes, klebriges Sputum. Den 16. December — also am 3. Tage seines Hospitalaufenthalts resp. am 6. Krankheitstage — wurde mir Patient zum ersten Male vorgestellt, weil bei gleich hoher T. (39,3—39,3) und Pfr. (120) die Arterienspannung abgenommen hatte, die Cyanose stärker und die Athmung noch oberflächlicher geworden war. Mein Befund lautete: Dämpfung, Verstärkung des Pectoralfremitus und deutliches Bronchialathmen lh von der Spina scapulae abwärts und su. Axillarwärts Pleurareiben. Nur rechts hu etwas feuchtes, klangloses Rasseln. Erschwerte Expectoration eines zähen, exquisit rostfarbenen Sputum. Auffallend starke Cyanose des Gesichts, der oberen Brustpartien und der Extremitäten. Keine abnormen Venenphänomene. Der Kranke macht einen ungewöhnlich schweren Eindruck. Trotz erhöhter Rückenlage ist die Athmung frequent. kurz und oberflächlich. Patient klagt, obwohl er leicht benommen erscheint, über Beklemmung und Druck vorn auf der Brust. Puls frequent, niedrig, leicht unterdrückbar, aber regel- und gleichmässig. Spitzenstoss des Herzens nicht wahrnehmbar. Auch sonst keine Pulsation nachweisbar. Herzdämpfung intensiv und gross — (rechter Sternalrand. 3. Rippenknorpel, linke Mammillarlinie) mit deutlicher Dämpfung auf den oberen Brustbeinpartien. Herztöne regelmässig, leise, rein, normal accentuirt. Kein pericardiales Reiben. Dagegen links entsprechend dem vorderen Lungenrande, der ganzen Herzdämpfungsgrenze entlang bei jeder Inspiration exquisites Knisterrasseln. Dieser im Liegen erhobene Befund ändert sich bei Lagewechsel des Kranken nicht. Der Spitzenstoss wird nicht wahrnehmbar, die Dämpfungsgrenzen und die acustischen Phänomene bleiben gleich. Obwohl mässiger Meteorismus vorhanden ist, steht die Leber relativ tief und ragt über den Rippenbogen ein wenig vor. Der vordere Rand der rechten Lunge ist nicht verschieblich.

Ich gab eine Diagnose zu Protokoll, für welche ich nach Lage der Dinge nicht mehr als einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit beanspruchen zu dürfen glaubte. Acute exsudative Pericarditis mit Abdrängung des Herzens von der vorderen Brustwand, lobäre Pneumonie links unten mit frischer Pleuritis.

Sämmtliche Localisationen wurden als gleichzeitig entstandene Theilerscheinungen einer gemeinsamen Infection angesprochen. Der Verlauf, die klinischen Erscheinungen, besonders die charakteristische Beschaffenheit des Auswurfs sprachen so zwingend für Diplococcus lanceolatus als Krankheitserreger, dass nicht einmal eine microscopische Controlle für nöthig erachtet wurde. Und doch hat sich diese Annahme als falsch erwiesen. Rostfarbenes Sputum kommt, wie ich nachträglich einer Arbeit Fränkel's[17]) entnommen habe, auch bei Influenzapneumonien vor; diese Färbung ist also zum mindesten nicht dem Pneumoniecoccus allein eigen, wie Fawitzky[18]) auf Grund der in solchen Culturen beobachteten Pigmentabscheidungen angenommen hat. — Zur Annahme einer «entzündlichen» Betheiligung des Herzbeutels bestimmte mich unter Anderem die Gegenwart des inspiratorischen Knistergeräusches, welches trotz seiner unzweifelhaft extrapericardialen Herkunft deswegen von Belang war, weil es von einer localen Pleuraerkrankung Kunde gab, die ihrer isolirten, von der Pneumonie entfernten Lage nach bei gegebenem Symptomencomplex auf einen pericardialen Ursprung schliessen liess. Diese fortgeleitete mediastinale Pleuritis ist nach meinen Erfahrungen bei solchem Ensemble geradezu pathognomonisch. Das Knistern wird dadurch zu Wege gebracht, dass der mit jeder Inspiration sich in den Pleurasinus vorschiebende Lungenrand die in Verklebung begriffenen Pleurablätter auseinanderreisst. Darum der Crepitationsähnliche Charakter; es ist nicht Rasseln, es ist ein pleurales Geräusch, aber doch kein Reiben.

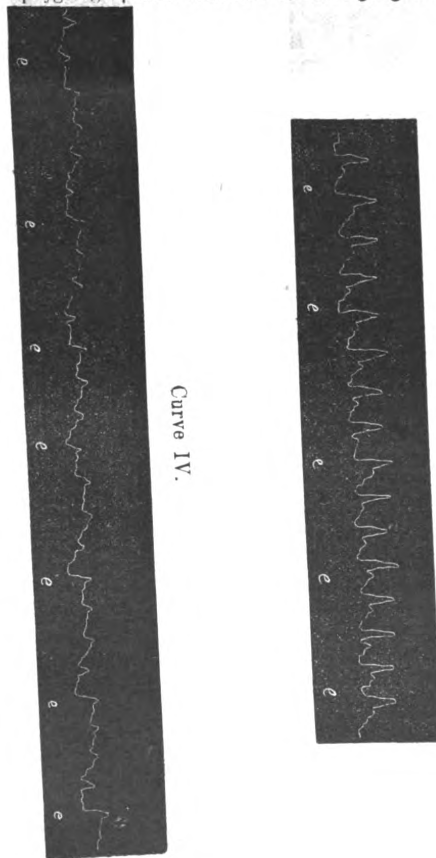
An den beiden folgenden Tagen, am 17. und 18. December T. 39—39,8—38,9—38,6, P. zwischen 130 und 140. Nach Eisbeutel und Digitalis war die Gefässspannung etwas kräftiger geworden. Herztöne trotzdem nicht lauter, Cyanose nicht geringer. Allgemeinbefinden schlecht. Somnolenz unterbrochen von Delirien, die sich ab und zu bis zu maniakalischen Anfällen steigerten. Am 19. December — also am 9. Krankheitstage kritischer Schweiss. T. 36,8-37,7. Aber die Pulsfrequenz, die Cyanose und die Dyspnoe verringerten sich nicht. — Von dann ab wäre Folgendes hervorzuheben. T. betrug im Mittel 36,8—37,3 und erhob sich nur an 4 auseinandergelegenen Abenden auf 37,8. In den ersten Tagen nach dem kritischen Temperaturabfall kam es noch mehrfach zu starken Schweissen. P. schwankte um 120 und stieg in den letzten Lebenstagen auf 140-148. Die Füllung und Spannung der Arterien verschlechterte sich trotz Digitalis und Excitantien progressiv. Am 29. December — als die Herzdämpfung sich beträchtlich vergrössert hatte, und die Dyspnoe und Cyanose noch stärker geworden waren, erging an mich die Aufforderung den Herzbeutel zu punctiren, ich lehnte aber ab, weil ich nachweisen konnte, dass sich inzwischen systolische Einziehung des II. bis IV. Intercostalraumes ausgebildet hatte, und also eingetretene Verwachsung des Herzens mit dem vorderen parietalen Blatte des Pericards angenommen werden musste. Schon am folgenden Tage wurde ungleiche Wellenhöhe der aufeinanderfolgenden Pulse wahrgenommen, und am 3. Januar 1896 — 3 Tage vor dem Tode, constatirten wir graphisch (Curve I) pulsus paradoxus, welcher, wie Sie sehen, einen Tag später (Curve II) trotz geringerer Wellenhöhe noch deutlicher ausgeprägt war.


Curve I.


Curve II.

Unterdessen hatte sich die Herzdämpfung fortlaufend besonders nach rechts vergrössert. Dabei liess sich Breitenzunahme der Dämpfung rechts unten beim Aufsetzen des Kranken nachweisen. Die Herztöne waren von Tag zu Tage schwächer geworden. Pericardiales Reiben hatte man nicht ein einziges Mal gehört. Die Lösung der Pneumonie links erfolgte nur unvollständig, obwohl sich die Dämpfung aufgehellt hatte, und bronchiales Athmen zum Schluss nur noch in der Achselhöhle zu hören war. In beiden Lungen war sehr viel mittel- und feinblasiges Rasseln aufgetreten, welches auch rechts stellenweise klingenden Charakter aufwies. Das Pleurareiben hatte später aufgehört, rechts war es überhaupt nicht aufgetreten. Der untere Leberrand war allmälig noch tiefer gerückt. Die Diurese hatte progressiv abgenommen. — Am 5. Januar — einen Tag vor dem Tode, entsprach ich, obwohl ich meiner Ueberzeugung von der Resultatlosigkeit des Eingriffs Ausdruck gab, dem dringenden Wunsche des Collegen, und wir punctirten an der typischen Stelle, im V. linken Intercostalraum, etwa 1 Cm. vom Sternalrande entfernt. Die mit grosser Vorsicht sondirend eingestochene Nadel machte zunächst nur Schwankungen, welche den respiratorischen Excursionen der Thoraxwand entsprachen. Hierbei vorgenommene Aspirationsversuche waren erfolglos. Millimeterweise tieferdringend und dabei immer wieder aspirirend und uns über die Bewegungen der Nadel orientirend bemerkten wir plötzlich in einer Tiefe von 1,8 Cm. am veränderten pulsatorischen Bewegungsrhythmus der Nadel, dass sie mit ihrer Spitze in die Herzwand eingedrungen war.

Wir hatten also noch einen Beweis mehr dafür erlangt dass auch ein Theil der vorderen Herzwand mit dem Pericardium parietale Verwachsungen eingegangen war. Ich sage auch, weil eine solche Fixation nach hinten offenbar schon früher erfolgt war; hatte man doch deswegen die Pulsationen des Herzens beim Lagewechsel des Kranken — auch beim Ueberneigen nach vorn nicht fühlen können. Die Situation, in welche das Herz hineingerathen war, wurde aber noch genauer präcisirt durch die Ausbildung des Pulsus inspiratione intermittens. Wie Sie wissen, ist dieses Pulsphänomen zuerst von Hoppe[19]) und Griesinger[20]) beobachtet worden, aber erst beinahe 20 Jahre später durch Kussmaul[21]) als pathognomonisch für schwielige Mediastinopericarditis zu allgemeiner Würdigung gelangt. Diese Lehre hat insofern Wandlungen erfahren, als Traube[22]) solchen Puls auch bei Pericarditis exsudativa ohne Mediastinitis zu Stande kommen sah und einen wesentlichen Erklärungsgrund in einer gleichzeitigen beträchtlichen Verdickung des Pericards gefunden zu haben glaubte, indem die durch das Zwerchfell bewirkte inspiratorische Spannung des starren Herzbeutels die Ventrikelcontractionen — namentlich bei schwachem Herzen — hemmen sollte. Die Stichhaltigkeit dieser Erklärung ist bekanntlich von Bäumler[23]) und Bauer[24]) angestritten worden, weil Starrheit des Herzbeutels mehrfach vermisst worden war. Ich glaube aber, dass — mit dieser Einschränkung freilich — die Traube'sche Deutung zu Recht bestehen bleiben muss. Denn es ist ganz sicher wahr, dass das mit dem Pericardium parietale verlöthete Herz bei jeder Inspiration excentrisch gezerrt und in seinen Contractionen gehemmt wird. Bringt doch der negative Inspirationsdruck schon unter normalen Bedingungen wie Riegel[25]) zuerst nachwies eine sphygmographisch sichtbare Erniedrigung der Pulswelle und des arteriellen Blutdrucks hervor, ein Verhalten, welches Sie auf diesen während Cheyne-Stokes'scher Athmung aufgenommenen Curven (III und IV) besonders schön verfolgen können. Von einem Pulsus paradoxus darf also eigentlich nur dort die Rede sein, wo auch das Kussmaul'sche Symptom des paradoxen inspiratorischen Anschwellens der Jugularvenen zugegen ist. Nur gleichzeitiges Vorhandensein beider Symptome ist, wie neuerdings wieder Schrötter[26]) mit Recht betont hat, für die meist durch indurative Mediastinopericarditis bewirkte inspiratorische Verzerrung der Magistralgefässe und Strömungshemmung beweisend. Wo dagegen ein Pulsus inspiratione intermittens allein zu finden ist, dort handelt es sich um die mechanische Contractionsbehinderung des Herzens durch eine Verlöthung der Pericardialblätter, welche, wie unser Fall beweist, zur Erzeugung des in Rede stehenden Phänomens, durchaus nicht beide Ventrikel in toto zu umpanzern braucht.



Curve IV. Curve III.

Wenn, wie in solchen Fällen gewöhnlich, die Lungen gleichfalls an die Pleuren fest angeheftet sind, so ist auch eine das Herz nur theilweise treffende Pericardialverwachsung, sofern sie nur den linken Ventrikel schalenförmig umhüllt, vollständig ausreichend um eine inspiratorische Propulsionshemmung hervorzurufen, welche den wesentlichen Kern des martervollen Leidens unseres Kranken ausmachte. Ich brauche die Mechanik dieser Circulationsstörung wohl nur in flüchtigen Umrissen zu skizziren, weil das Princip meiner[27]) diesbezüglichen Anschauungen als bekannt vorausgesetzt werden darf. Der in seinen Contractionen behinderte linke Ventrikel vermochte sich nur unvollständig zu entleeren, schöpfte also nur unzureichende Blutmengen aus seinem Reservoir, dem linken Vorhof. Es staute sich daher das Blut während tiefer Inspirationen im Abflusssystem des kleinen Kreislaufs. Unterdessen war der rechte Ventrikel um so mehr in Anspruch genommen. Die unverminderte Aspiration aus den Abflussrohren des grossen Kreislaufs einerseits, die Drucksteigerung und Widerstandsvermehrung im Pulmonalarteriensystem andrerseits — das waren die causalen Componenten der dieserseits angestrebten aber nicht durchführbaren Compensation. Das Missverhältniss zwischen den Nutzeffecten der beiden Ventrikelarbeiten musste ja unaufhaltsam Ueberfüllung des Blutsystems der Lungen, Stauung im kleinen Kreislauf und ungenügende Decarbonisation des Blutes herbeiführen. Ihm entstammten die Grundtöne des Bildes, das der bemitleidenswerthe Kranke darbot.

Zog man nun noch die toxische Schädigung in Betracht, welcher der Herzmuskel unterworfen war, so erschien es durchaus berechtigt, ein gut Theil der Dämpfungsvergrösserung nach rechts mit der Dilatation des rechten Herzens in Einklang zu bringen. Eine dreieckig geformte, der bei Pericardialexsudaten anzutreffenden sehr ähnliche Herzdämpfung beobachtet man ja nicht selten auch bei höheren Dilatationsgraden des rechten Ventrikels und praller Stauung im Planum venosum. In solchem Fall hätten wir freilich stärkere Füllung der Jugularvenen, stärkeres Oedem der Beine und stärkere Schwellung der Leber constatiren müssen. Zu Gunsten des Exsudats sprach aber ausserdem auch die deutlich nachgewiesene Breitenzunahme der Herzdämpfung nach rechts unten beim Aufsetzen des Kranken, welchem Symptom Ebstein[28]) bekanntlich den grössten Werth für die Diagnose einer Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel beigelegt hat.

Bei der am 7. Januar 1896 von H. Dr. de la Croix ausgeführten Section fand man nach Wegnahme des Brustbeins beide Lungen, besonders die rechte, in ihrer ganzen Ausdehnung mit den Pleuren des Mediastinum, der Brustwand und des Diaphragma frisch aber schon fest verwachsen. Der linke untere Lungenlappen zum Theil atelectasirt, der obere noch stark geschwellt und infiltrirt, auf Durchschnitten das Bild einer nicht vollständig zur Lösung gelangten graubraunen

Hepatisation darbietend, aber mit glatter, nicht gekörnter Schnittfläche, von welcher sich eine trübe braunrothe Flüssigkeit leicht abstreichen liess. Auf der Oberfläche der linken Lungenspitze eine isolirte knorpelharte strahlenförmige Pleuraverdickung. In der rechten Lunge wenig zahlreiche frische lobulärpneumonische Herde. Beide Lungen im Uebrigen leicht emphysematös, sehr blutreich und oedematös. Beim Anschneiden des prall gespannten, im Niveau der fünften Rippenknorpel 11 Cm. breit frei vorliegenden Herzbeutels entleerten sich 2 ℔ grüngelben etwas eingedickten Eiters. Das Exsudat war in der rechten Hälfte des Herzbeutels angesammelt gewesen, so dass dieser im gefüllten Zustande den rechten Sternalrand um 3 Qf. überragt hatte. Dagegen fand man das Epicard mit dem Pericard nach links hin, vorne sowohl wie hinten, innig verwachsen. Diese Verlöthung reichte vorn genau bis zum linken Sternalrande, während sie hinten sich nahezu über die ganze Fläche des Herzens erstreckt hatte. Strangförmige Verdickungen des Pericards in der Nähe der grossen Gefässe wurden nicht nachgewiesen. Auf der freien Oberfläche der Pericardialblätter waren eingedickte fibrinös-eitrige Massen abgelagert, welche ihnen das Aussehen verliehen, das nach Laennec's [29]) classischem Vergleich «zwei Marmorplatten darbieten würden, die durch eine dicke Butterschicht vereinigt wären und gewaltsam von einander getrennt würden durch das Verfahren, welches man bei dem Experimente mit den Magdeburger Halbkugeln anstellt». Das Herz selbst war in seinem Breitendurchmesser vergrössert und etwas plattgedrückt. Beide Ventrikel, besonders der rechte dilatirt und hypertrophisch. Das Myocard parenchymatös degenerirt. Der Klappenapparat normal. — Milz und Leber durch Stauung mässig vergrössert, letztere auch entschieden cirrhotisch. Geringer Grad acuter Nephritis. Hyperaemisches und oedematöses Gehirn.

Die bacterioscopische Untersuchung des Pericardialexsudats ergab neben kleinsten Coccen eine grosse Menge feiner, in allen wesentlichen Punkten den Pfeiffer'schen Influenzabacillen gleichender Stäbchen. Fränkel'sche Pneumococcen wurden dagegen nicht aufgefunden. Ich glaube hier darauf hinweisen zu müssen, dass, wie noch neulich Nauwerck [30]) bemerkt hat, der blosse microscopische Nachweis des Influenzabacillus nach dem Urtheil zuverlässiger Beobachter zum Stellen der Diagnose genügt, weil sich diese Bacterienart vor allen andren am Menschen beobachteten durch ihre Kleinheit, durch ihre Form und durch ihre färberischen Eigenschaften kennzeichnet.

Ich kann, m. H.! nicht abschliessen ohne der neueren Heilbestrebungen Erwähnung gethan zu haben, die auf eine Radicaloperation hinauslaufen. Sievers [31]), der sich mit der Frage, wie mir scheint, am eingehendsten beschäftigt hat, kommt auf Grund seiner eigenen an 9 Fällen gesammelten Erfahrungen und noch andrer 8 aus der Litteratur entnommenen Beobachtungen zum Schluss, dass ein operativer Eingriff bei eitriger Pericarditis vollkommen berechtigt sei, dass die Ausführung keine störende Einwirkung auf die Arbeit des Herzens habe und dass sie die einzige Möglichkeit zur Rettung biete. Denn sie könne zu vollständiger Genesung führen oder bei complicirten pyaemischen Affectionen den Zustand des Patienten wenigstens wesentlich bessern und das Leben verlängern. Man incidire am besten im 4. oder 5. Intercostalraum einige Cm. links vom Sternum, verordne Drainage, unterlasse aber lieber Spülungen. Körte [32]) resecirte behufs Erlangung grösseren Spielraums ein Stück der 5. Rippe und fand, dass sich das Herz sowohl hierbei als auch während der Verbandwechsel ausserordentlich tolerant zeigte gegen mechanische und leichte chemische Reize, indem es ungestört fortarbeitete. Noch energischer verfuhr Gabszewicz [33]), welcher den ganzen 5. Rippenknorpel entfernte und nach vorausgegangener Ausspülung des Pericards mit 4 % Borsäurelösung die Wunde mit Jodoformgaze tamponirte. Es trat gleich am Abend des Operationstages bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens ein, welche von dann ab rapid fortschritt und zu vollständiger Genesung führte. Aber was heisst wohl in allen solchen Fällen vollkommene Heilung? Die Verlängerung des Lebens kann doch nur durch die narbige Verschmelzung der Pericardialblätter erkauft werden, die an sich ein Leiden darstellt, welches mit wenigen Ausnahmen das fernere Leben als Last, nicht selten als Qual erscheinen lässt. Der blendende Glanz dieser Operationserfolge würde in der That stark verblassen, wollte man ihren Werth nach dem endgültigen functionellen Facit bemessen. Und doch glaube ich, dass in dieser Richtung ruhig fortgeschritten werden muss. Denn ich bin der Meinung, dass bei frühzeitigem Eingreifen die Pericardialverwachsung eingeschränkt — vielleicht ganz verhindert werden könnte, wenn man, was nicht unausführbar erscheint, sich dazu entschlösse, das Herz unter einem erträglichen Druck mit einer sterilisirten, indifferenten Flüssigkeit permanent zu umrieseln.

St. Petersburg, März 1896.

Quellenverzeichniss.

1. A. Högerstedt. Eine Influenzadiagnose. St. Petersb. med. Wochenschr. 14, 1895.
2. O. Rosenbach. Die Erkrankungen des Brustfells. Nothnagels spec. Pathol. u. Therap. XIV, 1, 1894, pag. 4.
3. A. Chauffard. Pathogénie des pleurésies traumatiques. Sem. med. 11, 1896.
4. Citirt nach Fabre. Sur l'étiologie et la pathologie de la péricardite. Gaz. méd. 25, 1892.
5. R. Pfeiffer: Die Aetiologie der Influenza. Zeitschrift f. Hyg. und Infectkr. XIV. Vergl. auch Deutsch. med. Wochenschr. 2, 1892. Berl. klin. Wochenschr. 45, 1892, Zeitschr. f. Hyg. XIII und

R. Pfeiffer und M. Beck. Weitere Mittheilungen über den Erreger der Influenza. Deutsche med. Wochenschrift 21, 1892.

6. Pfuhl glaubt an eine Metastasirung durch die Blutbahn auf Grund seiner früheren und jüngsten Befunde. Berl. klin. Wochenschr. 39, 40, 1892, Deutsch. milit.-ärztl. Zeitschr. 3, 1895, Deutsche med. Wochenschrift 29, 1895 und

A. Pfuhl und K. Walter. Weiteres über das Vorkommen von Influenzabacillen im Centralnervensysteme. Deutsche med. Wochenschr. 6, 7, 1896.

Aber auch Nauwerck [29]) «sah die Influenzabacillen niemals im Inneren von Blutgefässen, ebensowenig wie bacilläre Capillarthrombosen».

7. A. Fränkel. Jahresber. über die Fortschr. in der Lehre v. d. pathog. Mikroorg VII.
8. Vergl. hierüber Tavel und Lanz. Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Monogr. 1893 und

Ch. de Klecki. Recherches sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale. Annales de l'Institut de Pasteur 9, 1895.

9. R. Thoma. Lehrb. d. pathol. Anatomie. 1, 1894, pag. 406.
10. Leber. Die Entstehung der Entzündung und die Wirkung der Entzündung erregenden Schädlichkeiten. Monogr. 1891.
11. P. Reichel. Zur Aetiologie und Therapie der Eiterung. Arch. f klin. Chir. 49, 1895. pag. 564.
12. Die Influenzaepidemie 89/90, herausgeg von Leyden und Guttmann. pp. 79, 85 und 107.
13. D. Lees. The treatment of pericarditis. Lancet 22, 1893.
14. Withington. Metapneumonic empyema. Bost. med. and. surg. Journ. 3, 1895.
15. J. Pawinsky. Ueber den Einfluss der Influenza auf das Herz. Berl. klin. Wochenschrift 28, 1891.
16. Sansom: The treatment of nervous disturbance of the heart resulting from Influenza. Practitioner 4, 1895.
17. A. Fränkel. Mittheilungen über Influenzapneumonien. Deutsche med. Wochenschr. 1894, Vereinsbeil.
18. A. Fawitzky. Ueber Farbstoffproduction durch den Pneumococcus. Deutsches Arch. f. klin. Med. 50, pag. 151.

19. F. Hoppe. Ueber einen Fall von Aussetzen des Radialpulses während der Inspiration etc. Deutsche Klinik 1854, Nr. 3.
20. Wiedemann. Zur Diagnose der internen und externen pericardialen Verwachsungen. Unter Griesinger's Leitung geschr. Inaug. Dissert. Tübingen 1856.
21. Kussmaul. Ueber schwielige Mediastinopericarditis und den paradoxen Puls. Berl. klin. Wochenschrift 37, 1873.
22. Traube. Berl. klin. Wochenschr. 21, 1874 und Charitéannalen 76 p. 270.
23. Bäumler. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 14.
24. Bauer. Krankheiten des Herzbeutels. v. Ziemssens spec. Pathol. und Therap. VI 76. p. 599.
25. F. Riegel. Ueber die Bedeutung der Pulsuntersuchung. Volkmann'sche S. klin. Vortr. 144—145. Vergl. auch Berl. klin. Wochenschr. 26, 1876.
26. Schrötter. Erkrankungen des Herzbeutels. Nothnagels spec. Pathol. und Therap XV, 2, p. 62.
27. A. Högerstedt. Ueber chronische Circulationsstörungen etc. St. Petersb. med. Wochenschr. 1895.
28. W. Ebstein. Ueber die Diagnose beginnender Flüssigkeitsansammlungen im Herzbeutel. Virch. Archiv 130, p. 418.
29. Laënnec. Traité de l'auscultation etc. Tome troisième. Paris 1837, p. 366.
30. Nauwerck. Influenza und Encephalitis. Deutsche med. Wochenschr. 25, 1895.
31. R. Sievers. Incision und Drainage bei Pyopericardium. Zeitschr. für klin. Med. XXIII.
32. W. Körte. Operativ behandelte Pericarditis Berl. klin. Wochenschr. 5, 1892.
33. A Gabszewicz. Ein Fall von eitriger Pericarditis. Gazeta lekarska 50, 1892.

Büсheranzeigen und Besprechungen.

Professor R. Kobert: Arbeiten des pharmacologischen Institutes zu Dorpat. Heft XIII. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1896. — Preis 6 M.

Das soeben erschienene Heft ist eine Folge der grossen Zahl gesammelter Arbeiten, die im Laufe der Jahre im pharmacologischen Institute zu Dorpat so zahlreich entstanden sind, dank der Anregung die Prof. Kobert stets verstanden hat allen seinen Schülern zu Theil werden zu lassen, dank dem Interesse und dem Beistand, mit welchem er den Arbeitenden stets zur Seite gestanden. Nur Prof. Kobert ist das Verdienst zuzuschreiben, dass in seinem Institute in der Zeit seines Directorats so viel wissenschaftlich gearbeitet und geleistet wurde, seiner unermüdlichen Thätigkeit und Rührsamkeit. — Das XIII Heft bringt uns zwei Arbeiten:

I. Al. Paldrock: Ueber die Beeinflussung der Gefässe überlebender Organe warmblütiger Thiere durch pharmacologische Agentien. — Mit 9 Figuren im Text.

Da nun, wie Verfasser in p. 7 seiner Ergebnisse bemerkt, zur vollständigen pharmacologischen Analyse der Wirkungen eines pharmacologischen Agens auch die Prüfung der Einwirkung desselben auf die Gefässe überlebender Organe gehört, so geht er in seiner Arbeit von dem Ausgangspuncte aus. Näheres über das Ueberleben der einzelnen Organe und die Durchströmungsversuche an denselben zu eruiren. So wird im ersten Capitel ein historischer Ueberblick geliefert über die einzelnen Gelehrten, die diesbezügliche Untersuchungen angestellt, gearbeitet haben. Dann folgt die Definition vom Verf uns gegeben, was man nämlich unter den überlebenden Organen verstehen dürfte? Als überlebende Organe nämlich könne man nur solche bezeichnen, welche bei der Durchströmung noch längere Zeit Lebenserscheinungen aufweisen. Wie es nun allgemein angenommen wird, so bedient man sich bei der Durchströmung eines Organes, wobei die Arterie und die Venen mit Canülen verbunden werden, wo nämlich die Durchströmungsflüssigkeit hinein- resp. herausfliessen kann, am besten, um ein gelungenes Resultat zu erzielen, des unverdünnten defibrinirten colirten Blutes eines und desselben Thieres, von dem das Organ stammt, wobei noch zu bemerken ist, dass ein Organ um so besser und so länger überlebt, je unveränderter und unverdünnter das ihm gebotene Blut ist. Serum desselben Thieres lässt sich wohl zur Durchströmung verwenden, aber gleichwertig mit ganzem defibrinirten Blute ist es nicht. Lackfarbenes Blut eignet sich am schlechtesten zur Durchströmung, weil es nach Kobert zu nachträglichen intensiven Gerinnungen führe. Das Blut wird bei der Durchströmung aller Organe sauerstoffärmer, wohl in den meisten Organen geht eine Milchsäurebildung vor sich und proportional damit sinkt die Alkalescenz des Durchströmungsblutes langsam ab. Durch Durchströmungsversuche hat man feststellen können, dass die Leber sowohl der Fleisch- als auch der Pflanzenfresser aus eingeführten Ammoniaksalzen Harnstoff bilden könne, und konnte ebenso in Betreff synthetischer Processe constatirt werden, dass beim Durchleiten durch die Niere von Blut, welches benzoesaures Natron und Glycocoll enthielt, von der Niere des Hundes Hippursäure gebildet wird. Ja, es kann sogar in der Niere bei der Durchströmung zur Auspressung, oder gar zur Absonderung einer harnartigen Flüssigkeit kommen.

Nachdem nun diese genauen Erörterungen dem Leser vom Verfasser gegeben worden, gestützt theils auf eigene, theils auf die Ergebnisse anderer, welche die Resultate und Untersuchungen der eigentlichen Arbeit uns verständlich machen sollen, folgen nun die vom Verfasser angestellten Versuche, zunächst mit den Peptonpraeparaten: Papain-Reuss und Papain-Finkler, welche die Eigenthümlichkeit besitzen, innerhalb die Gefässwand gebracht, die Gerinnbarkeit des Blutes herabzusetzen: an dieses schliessen sich an die Mittheilungen über einige Einzelheiten der von Paldrock ausgeführten Durchströmungsversuche. Und dann kommt eine «umfassende tabellarische Uebersicht der bisher von Paldrock und anderen gemachten Durchströmungen zum Zweck des Studiums der Giftwirkung auf die Gefässe». Im Ganzen ist es eine grosse Reihe von 741 Versuchen, die in V Gruppen eingetheilt werden können, da die pharmacologischen Agentien sich zu den Gefässen überlebender Organe nicht gleichartig zu verhalten scheinen. Sie scheinen somit in folgende Klassen getheilt werden zu müssen: a) Agentien, welche die Gefässe aller Organe erweitern, b) Agentien, welche die Gefässe aller Organe verengern; c) Agentien, welche in den in Betracht kommenden Dosen ohne Einwirkung auf die Gefässweite sind. d) Agentien, welche bei verschiedenen Dosen verschieden wirken; e) Agentien, welche auf die Gefässe verschiedener Organe verschieden wirken.

In den «Ergebnissen» sind nun die diesen Gruppen angehörenden Unterabtheilungen und die einzelnen pharmacologischen Mittel aufgezählt. Dieses an dieser Stelle zu reproduciren könnte nur zu weit führen, weshalb auf die Arbeit selbst zu verweisen ist.

II. L. Eckmann: Mikroskopische Beiträge zur Kenntniss der Quecksilbervergiftung. — Mit zwei farbigen Tafeln.

«In der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts hat die emporblühende pathologische Anatomie ungeheuere Fortschritte auf der Bahn des Wissens auch für die Hg.—vergiftung gebracht, indem sie eine gründliche mikroskopische Durchforschung der in Folge von Quecksilber- und speciell von Sublimatvergiftung erkrankten Organe lieferte. Nur in einer Beziehung liess sie eine bemerkenswerthe Lücke, nämlich im directen Nachweis des Quecksilbers in den mikroskopischen Schnitten der erkrankten Organe. Diese Lücke auch für das Quecksilber etwas zu verkleinern, habe ich mir zur Aufgabe genommen», sagt der Verfasser in dem einleitenden Theile, nachdem er zunächst einen höchst interessanten historischen Ueberblick über die Quecksilbervergiftung uns gegeben hat.

Ehe nun Eckmann zur Mittheilung seiner eigenen Versuche und deren Ergebnisse schreitet, verzeichnet er in einzelnen Capiteln eine kurze Uebersicht der Literatur, welche bisher bekannt geworden über die Beziehungen des Quecksilbers zum Blute und den Gefässen, über seine Beziehungen zum Darm und zur Leber, und über die vom Quecksilber veranlassten Nierenveränderungen. Diesem schliessen sich an die Protokolle der von ihm angestellten Versuche, 14 an der Zahl, die viel Mühe und Arbeit erforderten, ehe es Verf. möglich war zu dem erhaltenen Resultate zu gelangen.

Verf. sagt nun: «ohne Zweifel sind die Niere und der untere Theil des Darmkanals diejenigen Organe, welche bei Quecksilbervergiftung das Interesse des Pharmakologen, Pathologen und Klinikers in ganz besonders hohem Grade fesseln. Welches Hg-Präparat gewählt wird, ist im Grossen und Ganzen ohne Belang. Alle Quecksilberpräparate kreisen eben als Quecksilberoxydalbuminatchlornatrium im Organismus und alle entfernten Wirkungen beruhen nur auf diesem. Bei der Ausscheidung im Darm und der Niere kann diese Verbindung eine Reduction erfahren, wobei sie unlöslich wird und aus dem ungefärbten Zustand in einen gefärbten, nämlich einen schwarzen, übergeht». Durch Specialreactionen lässt sich das Hg vom Eisen unterscheiden, denn Eisen komme auch vor, weil

«die Quecksilbervergiftung schon binnen kurzer Zeit zu einem so starken Zerfalle von Hämoglobin führt, dass man das bei diesem Zerfalle freiwerdende Eisen, sogen. Hämosiderin des Pathologen in der That in verschiedenen Organen nachweisen kann».

Verf. betont, dass beim Anstellen der Untersuchung stets eine makroskopische Untersuchung auf Metalle angewandt werden müsse, da sich beide ergänzen.

Der Arbeit sind 2 schön ausgeführte farbige Tafeln mit 8 Abbildungen beigefügt, die den Werth derselben bedeutend erhöhen. Hecker.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dornblüth hat in der Hospital- und Privatpraxis das vom Apotheker Krewel verfertigte Sanguinal mit sehr gutem Erfolge angewandt. Die Substanz ist aus den natürlichen Blutsalzen (46%) Muskelalbumin (44%) und Haemoglobin (10%) zusammengesetzt, entspricht also fast vollkommen der Zusammensetzung des normalen Blutes. Die Wirkung des Präparates war in zahlreichen Fällen ganz überraschend. In Fällen von mit nervösen Störungen einhergehender Anaemie, ferner bei chronischen Infections- und Constitutionskrankheiten war der Erfolg sehr eclatant; selbst Cachektische erfuhren eine gewisse Besserung des Allgemeinbefindens. Bei Scrophulose und Tuberkulose erwiesen sich Verbindungen des Sanguinales mit Kreosot oder mit Guajacol als wirkliche Heilmittel. Ganz besonders empfiehlt D. Kinder mit phthisischem Habitus, die zu blassem Aussehen, Mattigkeit, Drüsenschwellungen, Eczemen u. dgl. neigen, von Zeit zu Zeit einer Cur mit Sanguinalguajacol zu unterziehen.
Deutsche Med. Zeitg. № 5 1896.

— S. Askanazy hat auf der medicinischen Klinik des Prof. Lichtheim (Königsberg) Untersuchungen über die Wirkung des Diuretins angestellt. Die diuretische Wirkung dieses Mittels war: 1. bei Nephritis chronica in 5 Fällen sehr evident (die Diurese stieg bis zu 4–5 L. in 24 Stunden, wobei der Albumengehalt erheblich sank), in 6 Fällen liess das Diuretin im Stich. 2. Bei 20 Fällen von Herz- und Gefässerkrankungen mit Oedemen war die Wirkung in 17 Fällen sehr manifest (die Diurese stieg bei einer Dosis von 5—10 g. pro die auf 2—4 L., wobei das mitunter vorher gefundene Albumen sich meist während der Cur verringerte, oder vollkommen verschwand). Die Wirkung war eine passagere und überdauerte das Aussetzen des Mittels nur wenige Tage.

A. fand ferner, dass durch die Darreichung des Diuretins Anfälle von cardialer Dyspnoe mit und ohne Erscheinungen von Angina pectoris zum Verschwinden gebracht werden können; in einigen Fällen war der Effect ausserordentlich frappant. Von 10 Patienten, bei welchen das Mittel augewandt wurde, litten 3 an chronischer Nierenentzündung, 4 an uncomplicirter Aorteninsufficienz, 1 an Aorteninsufficienz und Mitralstenose, 1 an Aorteninsufficienz und- Stenose, 1 an Aorten- und Mitralinsufficienz, sowie chronischer Nierenentzündung. In den 3 Fällen von Nephritis und 1 Falle von combinirtem Aortenfehler handelte es sich um reine Anfälle von cardialem Asthma, in 3 Fällen von complic. und uncomplic. Aorteninsufficienz um Combinationen von Angina pectoris und Asthma cardiale. In fast sämmtlichen Fällen sistirten die Anfälle sehr bald, nachdem die Diuretincur einsetzte (während Digitalis, Strophantus, Jodkali, Nitrite etc erfolglos blieben). Der Effect war meist ein eclatanter: Patienten, welche fortwährend von äusserst qualvollen Anfällen heimgesucht wurden, so dass sie Tag und Nacht keine Ruhe fanden, waren oft mit einem Schlage von ihren Hauptbeschwerden erlöst. Nach Aussetzen des Diuretins setzten die Anfälle wieder ein, und verschwanden wieder prompt auf Diuretingaben. Unangenehme Nebenwirkungen, oder gar Collapserscheinungen, wurden nicht beobachtet. Die Tagesdosis betrug 3—4 g.

Controllversuche mit Natrum salicylicum zeigten, dass das Theobromin — der wirksame Bestandtheil ist; die Wirkung besteht in directer Beeinflussung des Herzens.
(Deutsch. Arch. f. klin. Med.; Centlbl. f. Therapie № II. 1896).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

605. Sitzung am 2. April 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Blessig demonstrirt einen Knaben, welchem er wegen hochgradiger Myopie und Schichtstaar die Linsen operativ entfernt hatte. Während als untere Grenze für die operative Behandlung der Myopie 13 D. angesehen werden kann, ist dieselbe bei Kindern tiefer, etwa bei 10 D, da während des Wachsthums und der Entwickelung die Myopie zuzunehmen pflegt. Der vorgestellte Pat. hatte eine Sehschärfe mit 10—12 D. rechts $^1/_{10}$, links $^2/_{10}$. Jetzt ist seine Sehschärfe mit + 5 D. $^3/_{10}$ — $^4/_{10}$. Das Resultat ist um so befriedigender, als jetzt ein Progressiren der Myopie ausgeschlossen ist; ausserdem ist zu berücksichtigen dass + Gläser besser vertragen werden als — Gläser. Im ganzen wurden 7 Operationen gemacht. Rechtes Auge: Discission der Linsenkapsel, Extraction der Linse, Discission des Nachstaars. Am linken Auge dieselben Operationen nur wurde 2 mal eine Discission des Nachstaares vorgenommen.

2. Herr Germann demonstrirt einen analogen Fall von operativer Behandlung hochgradiger Myopie durch Linsenextraction. Die Patientin hatte eine Sehschärfe von $^1/_{10}$ mit Correction von 22 D. und 2 Cyl. ⊥. Ohne Correction konnte Pat. in $1^1/_4$ m. Distanz Finger zählen und war arbeitsunfähig. Die Operation wurde ohne Iridectomie gemacht, Pat. hat eine runde Pupille behalten. Gewöhnlich wird eine Iridectomie gemacht um die Gefahr des secundären Glaucoms zu vermeiden. Am 17 October wurde die Discission rechts, am 6. November die Linsenextraction gemacht. Am linken Auge wurde die Discission am 11. Jan. die Extraction am 22. Januar gemacht. Wichtig ist es, die Extraction der Linse der Discission nicht schnell folgen zu lassen, denn je trüber die Linse ist, um so sicherer kann alles entfernt werden. Pat. hat jetzt eine Sehschärfe von $^3/_{10}$ ohne Correction, und mit schwachem + Glas fast $^1/_2$ Sehschärfe.

Herr Blessig fügt noch hinzu, dass es von Wichtigkeit ist für Mydriase vor der Operation zu sorgen, und dieselbe auch nach der Operation zu erhalten. Der demonstrirte Knabe hat für alle 7 Operationen über 3 Monate gebraucht (4. Dec. bis 20. Marz).

3. Herr Högerstedt: Ueber Pericarditis suppurativa influenzosa. (Der Vortag wird in der St. Petersburger Med. Wochenschrift abgedruckt werden).

Herr Moritz wendet sich gegen den Satz des Vortragenden, dass Verwachsungen der Pericardialblätter zu einer Quelle unerträglicher Leiden für die Pat. in der Folge werden. M. hat mehrfach Verwachsungen der Herzbeutelblätter als Nebenbefund bei der Section gefunden, selbst in grösserem Umfange, ohne dass bei Lebzeiten Erscheinungen auffallender Natur vorhanden gewesen wären. Den Verwachsungen der Pericardialblätter sind solche in der Pleura analog. Bei letzteren kommt es besonders bei jugendlichen Individuen zu einer Compensation, indem eine Mobilität und Dehnbarkeit derselben zustande kommt, nach welcher jegliche Störungen schwinden. M. hat selbst in seinem 23. Lebensjahr eine Verklebung der Pleurablätter acquirirt, doch hatte er schon nach 2 Jahren eine Lungencapacität von 5000 und verschiebliche Lungenränder. Dasselbe hat er auch an anderen Pat. constatiren können. In analoger Weise brauchen auch die Verklebungen der Pericardialblätter nicht zu qualvollen Symptomen zu führen. — In Bezug auf die Einziehung des 2—4 ICR, welche Vortragender als charakteristisch für Pericardialverwachsungen bezeichnete, macht M. den Einwand, dass sich eine ähnliche Einziehung beobachten lässt bei gewissen Hypertrophien compensirter Herzfehler, ohne dass Verwachsungen vorhanden wären. — Die Beobachtung H's, dass sich die Verwachsungen in der linken Hälfte des Herzbeutels, die Flüssigkeitsansammlung aber rechts fand kann M. auf Grund mehrerer Beobachtungen bestätigen. So ergab die Punction mit der Nadel des Aspirationsapparates in einem Falle ein negatives Resultat, nachdem am Tage vorher an derselben Stelle im V. ICR. $1^1/_2$ cm. nach aussen vom linken Sternalrand durch Probepunction eitriges Exsudat erhalten worden war. Die Section ergab, dass sich an dieser Stelle die Flüssigkeit schon eingedickt hatte, während sich mehr nach rechts Flüssigkeitsansammlung fand. Ebenso fand sich in einem zweiten Fall die Flüssigkeitsansammlung in der rechten Hälfte des Pericard, während an der Herzspitze strangförmige Verwachsungen vorhanden waren. Aus diesem Grunde ist auch schon der Vorschlag gemacht worden rechts vom Sternalrande zu punctiren.

Herr Högerstedt: Die Verhältnisse an der Pleura nach Verwachsungen sind nicht denen am Pericard analog. Die Lungen compensiren sich gegenseitig als doppelseitige Organe. Ferner wirkt die inspiratorische Ausdehnung des Thorax dem Zustandekommen von soliden Verwachsungen entgegen, während dieses beim Pericard wegfällt oder nur in geringem Grade in Frage kommt. Auch Fräntzel betont die Gefahren der Obliteration des Pericards. Wenn man auch thatsächlich bei Sectionen als Nebenbefund Pericardialverwachsungen findet, was H. bestätigt, fragt es sich doch, ob die betreffenden Individuen dieselbe Leistungsfähigkeit basassen, welche sie ohne diese Verwachsungen besessen hätten. Die Obliteration des Pericards ist auch in der Literatur von einigen

Autoren als harmlos dargestellt, und braucht auch thatsächlich das Leben nicht zu beeinträchtigen, doch ist dieses eine Ausnahme. Man muss jedenfalls sagen, dass die lebensrettende Operation der Incision bei eitriger Pleuritis nicht ideal ist wegen der zurückbleibenden Verwachsungen. Man muss vielmehr dahin streben dem Zustandekommen solcher Verwachsungen entgegenzuarbeiten. Wenn man sich entschliesst rechts vom Sternum zu punctiren, so muss man seiner Diagnose sehr sicher sein, denn es ist die Möglichkeit vorhanden, Pleura oder Lunge zu verletzen oder beim Aspiriren und Zurückziehen der Nadel eine neue Infection zu veranlassen. Die Einziehung des 2—4 ICR war im beschriebenen Falle deswegen von diagnostischer Bedeutung, weil dies Phänomen bei schwacher Herzthätigkeit auftrat, nachdem es einige Tage vorher sicher nicht bestanden hatte. Bei der Therapie eitriger Pericarditiden ist H. unbedingt für die Operation und zwar für die radicale Schnittoperation.

Herr Moritz empfiehlt gleichfalls die Schnittoperation und zieht dieselbe der Punction und Aspiration vor, bei welcher keine Uebersicht vorhanden ist, während ein Schnitt Klarheit schafft und keinen grossen Schaden macht. Auch die Trepanation des Sterum könnte ausgeführt werden.

Vermischtes.

— Am 21. April beging Dr. J. A. Dembo, Ordinator am hiesigen städtischen Alexander-Hospital zum Andenken an den 19. Februar 1861, das 25-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar erhielt an diesem Tage 20 Adressen und über 200 Glückwunschtelegramme aus verschiedenen Städten Russlands und aus dem Auslande. (Her.)

— Von der Conferenz der militär-medicinischen Academie ist dem Dr. Orlow die venia legendi an der Academie ertheilt worden.

— Prof. Dr. Adolf Winter (Pharmacolog) in Leipzig, ehemals ein geschätzter Ohrenarzt und langjähriger Leiter der Schmidt'schen Jahrbücher, beging am 8/20. April seinen 80. Geburtstag.

— Verstorben: 1) Am 11. April in Peterhof der Oberarzt des Grenadierregiments zu Pferde, Dr. Elias Anz, plötzlich im 48. Lebensjahre an einem Herzleiden. Der Hingeschiedene wurde nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurg. Academie im Jahre 1870 Militärarzt und nahm als solcher auch an dem letzten türkischen Feldzuge theil, worauf er als Ordinator am Peterhofschen Militärhospital fungirte, bis er im Jahre 1894 zum Oberarzt des Gardegrenadierregiments ernannt wurde. 2) In Kungur (Gouv. Perm) am 23. März der dortige Stadtarzt Jakob Meyer im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Kasan erhalten und war anfangs gegen 20 Jahre auf der Wotkinsk'schen Fabrik, wo er sehr bald einen solchen Ruf als tüchtiger Arzt erlangte, dass die Patienten sogar weit aus Sibirien kamen. Im Jahre 1869 nahm er die Stadtarztstelle in Kungur an, welche er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Trotz seiner ausgebreiteten Praxis soll er fast nichts hinterlassen haben. 3) In Catharinenstadt (Gouv. Samara) der freipraktícirende Arzt Alexander Keller im Alter von 47 Jahren an Pneumonie. In Helsingfors geboren, widmete sich K. dem Studium der Medicin an der medico-chirurg. Academie, wo er auch einige Zeit als Assistent von Prof. W. Grubér fungirte. Durch Familienverhältnisse gezwungen gab er aber seine Absicht, sich ganz der Anatomie zu widmen, auf und nahm eine Arztstelle anfangs in Wolsk, dann in der Colonie Catharinenstadt an.

— Die «St. Petersburger (russische) medicinische Gesellschaft», welche bis zum Jahre 1884 den Namen «Gesellschaft St. Petersburger praktischer Aerzte» trug, begeht im nächsten Jahre ihr 25-jähriges Jubiläum. Aus diesem Anlass hat dieselbe zur Ausarbeitung des Programms der Jubiläumsfeier eine Commission gewählt, welche aus den Mitgliedern Prof. Stolz, Dr. Ebermann, Dr. Schiperowitsch und dem Apotheker Trofimow besteht.

— Die Regierungs-Prüfungs-Commission bei der militär-medicinischen Academie, welche zur Bewerkstelligung der Arztexamina im Jahre 1896 ernannt worden ist, hat am 15. April ihre Thätigkeit begonnen. Die Commission besteht aus Prof. Dr. Sklifassowski als Präses und den Professoren Jwanowski, Tarenezki, v. Anrep, sowie den praktischen Aerzten Alyschewski und Trojanow als Mitgliedern. Die Herbstexamina zur Erlangung des Arztgrades vor dieser Commision beginnen, am 11. September und dauern bis zum 9. November d. J.

— Der XXV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, welcher mit der Jubiläumsfeier der Gesellschaft verbunden sein wird, findet, wie wir bereits mittheilten, in der Pfingstwoche nach folgendem Programm statt. Am Dienstag, d. 14/26. Mai Abends 8 Uhr geschieht die Begrüssung der Mitglieder im Gebäude des deutschen Reichstages, wo in der Wandelhalle ein Promenadenconcert stattfindet. Die Eröffnung des Congress erfolgt in der Festsitzung am Mittwoch, d. 27. Mai 12 Uhr im Langenbeckhause. (Die Mitglieder erscheinen zur Festsitzung im Frack und mit weisser Halsbinde). Nach der einleitenden Rede des Vorsitzenden Prof. v. Bergmann werden Festvorträge halten: Prof. v. Esmarch (Kiel): die Erfolge der künstlichen Blutleere; Prof. Bruns (Tübingen): Moderne Behandlungen des Kopfes; Prof. König (Berlin): Ueber Local-Tuberculosen; Prof. Wölfler (Prag): Die Operationen am Magen und Darm; Prof. Sonnenburg (Berlin): Ueber die Operationen am Processus vermiformis; Prof. Langenbuch (Berlin): Ueber die Operationen an den Gallenwegen. Unmittelbar an die Sitzung schliesst sich um 4 Uhr das Festessen im Hotel zum Kaiserhof. Donnerstag, Freitag und Sonnabend finden von 10—4 Uhr die Sitzungen im Langenbeckhause statt. Am Donnerstag Abend (28. Mai) giebt die Freie-Vereinigung der Berliner Chirurgen ein Fest zu Ehren der Mitglieder der deutschen Gesellschaft für Chirurgie bei Kroll.

— Am 2./14. Mai dieses Jahres an welchem Tage sich 100 Jahre vollenden, seit Dr. Jener das erste Kind mit Vaccinelymphe impfte, wird in Berlin im grossen Rathhaussaale eine Feier stattfinden, zu welcher auch Deputationen auswärtiger ärztlicher und anderer Vereine gern empfangen werden. Die Festrede hat Prof. Dr. Gerhardt übernommen. Mit der Feier wird eine Ausstellung von Gegenständen verbunden sein, welche auf die Vaccination Bezug haben.

Bei uns in St. Petersburg sind von der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ebenfalls Vorbereitungen für eine würdige Gestaltung einer solchen Jenner-Feier getroffen worden, jedoch ist diese Feier wegen der bevorstehenden Krönung auf den October verschoben worden.

— In Odessa ist eine Actiengesellschaft zur Einrichtung von Bädern daselbst in der Bildung begriffen. Diese Gesellschaft beabsichtigt eine Heilanstalt einzurichten mit allen hydropatischen Vorrichtungen, Wannen mit Süss- und Meerwasser und schwediger Massage. Als Gründer werden Prof. Dr. O. A. Motschutkowski (St. Petersburg) und die Herren Kirchner und Boderewski genannt. Das Actiencapital ist auf 350,000 Rbl. festgesetzt,

— Dr. Emil Kroug, Arzt in Hungerburg bei Narwa, hat die Concession zur Eröffnung einer privaten Wasserheilanstalt mit Gymnastik und Massage in Hungerburg erhalten.

— In London erscheint seit Kurzem eine Zeitschrift unter dem Titel «Archives of Clinical Skiagraphy», welche der Anwendung der Röntgen'schen Strahlen in der Medicin gewidmet ist.

— Das bekannte jod- und bromhaltige Soolbad Sodenthal bei Aschaffenburg ist in den Besitz des Privatdocenten Dr. Hoffa (Chirurg) in Würzburg übergegangen. Nach vollständiger Renovation wird das Bad am 1. Mai d. J. neu eröffnet werden. Die ärztliche Leitung wird Dr. A. Schanz, Assistent Dr. Hoffa's, übernehmen. (A. m. C.-Zgt.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. April d. J. 8212 (33 mehr als in d. Vorw.), darunter 1352 Typhus — (57 wen.), 693 Syphilis — (23 mehr), 221 Scharlach — (24 mehr), 72 Diphtherie — (8 mehr), 113 Masern — (0 mehr) und 58 Pockenkranke — (4 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. April 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
416	308	724	144	88	157	22	10	23	55	44	64	45	41	23	8	0

2) nach den Todesursachen:
— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 24, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 7, Masern 25, Scharlach 22, Diphtherie 19, Croup 6, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 39, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 38.

Bad Wildungen. Georg-Victor-Quelle und Helenenquelle sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmcatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w.

Pyrmont. Heilanzeigen: Zögernde Reconvalescenz, Blutarmuthszustände, Nervenleiden, Frauenkrankheiten, Scrophulose, Rhachitis, Rheumatismus, Gicht, chronische Herzkrankheiten, Magen- u. Darmkatarrhe, Nieren- u. Blasenleiden etc.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. April 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 6. Mai 1896.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(3) 12—7.

Kissingen. Dr. C. Dapper's Sanatorium

Neues Kurhaus

Für **Magen-** und **Darmkrankheiten. Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren).** Geöffnet **April** — **Januar.** Prospecte. (17) 18—4.

BAD ARENSBURG.

Warme See- und Schlammbäder.

Kaltes Baden im offenen Meere. Reine Seeluft und insularisches Klima.

Saison: 20. Mai bis 20. August.

(28) 8—4.

SEE-BAD

HUNGERBURG

bei Narva, baltische Eisenbahn, 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher **breiter Strand** 5 Werst lang, 5☐ Werst Fichtenwald. Absolut trockener Sandboden. **Kurhaus,** Pensionate, Musik, Lawn-Tenniesplätze, Parkanlagen. **Apotheke** mit Lager sämmtlicher Mineralwasser. Vorzüglich eingerichtete **Wasserheilanstalt.** Wannen-, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder. Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen mit Abkühlung bis zu 4° R. Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer und statischer Elektricität, bipolare elektrische Bäder, Suspensionsbehandlung, Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Nähere Auskünfte ertheilen Herr Apotheker **Abrahamson,** Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug.** Wosskressensky Prosp. № 17 Q. 23, Montag, Mittwoch und Freitag 7—9 Uhr Abend's.

Bad Nauheim, Dr. med. C. Beste.

BAD KISSINGEN

Dr. von Sohlern'sche Heilanstalt

für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkranke.

das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

(43) 16—2. Dr. Frhr. v. Sohlern.

VICHY

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GR^DE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la Source

Fruchtweine

Johannisbeerwein, weiß und roth, **Stachelbeerwein, Heidelbeerwein.** Wir offeriren unsere sämmtlichen **Fruchtweine** per Flasche **75** Pfg. excl. In Gebinden von 20 Liter an mit 1 Mark per Liter excl.

Bei Entnahme von 30 Flaschen und größeren Gebinden Engros-Preise. Aerzten, Apothekern, Krankenhäusern auf Wunsch Proben gratis und franko. Auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung kommen unsere sämmtl. Fruchtweine in der Kosthalle der Berliner Groß-Destillateure glasweise zum Ausschank.

Eugen Neumann & Co.,

Obst- und Beerenweinkelterei, Berlin, Hollmannstr. 16.

Unsere Kellereien sind jeden Dienstag und Freitag Nachmittag von 3 bis 6 Uhr zur gefälligen Besichtigung geöffnet, und werden auch auf Wunsch Proben gratis gegeben.

Verlag v. Aug. Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Zeitschrift

für

klinische Medicin.

Herausgegeben von

Dr. E. Leyden, Dr. C. Gerhardt, Dr. H. Senator, Prof. d. medic. Klinik in Berlin. Dr. H. Nothnagel, Dr. E. Neusser, Dr. L. von Schrötter, Professoren d. medic. Klinik in Wien. 30. Bd. 1. u. 2. Heft. gr. 8. Mit Tafeln. Preis des Bandes in 6 Heften 16 M.

Verlag von **A. Stuber** in Würzburg.

Dr. A. Roggemann, Der praktische Geburtshelfer. 2. Auflage. 1894. Preis gebunden M. 7.—.

Dr. Otto Roth, Die Arzneimittel der heutigen Medicin mit therapeutischen Notizen zusammengestellt für praktische Aerzte und Studirende der Medicin, neu bearbeitet von Dr. Georg Schmidt, Kgl. Regierungs- und Kreismedicinalrath in Würzburg. 7. Aufl. 1892. Preis geb. M. 5,70.

Dr. Rudolf Abel, Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten. 3. umgearbeitete Auflage von Bernheims Taschenbuch. 1894. Preis gebunden M. 1.80.

Dr. Max Braun, Professor an der Universität Königsberg. Die thierischen Parasiten des Menschen. Ein Handbuch für Studirende und Aerzte. 2. völlig umgearbeitete Auflage. 1895. Preis gebunden M. 7.—

Дозв. ценз. Спб. 26 Апрѣля 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 4. (26). Mai **1896**

Achter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der achte Aerztetag wird **in Wenden am 29., 30. und 31. August** c. stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ein diagnostisches Räthsel.

Von

Dr. C. v. Samson-Woskresensk.

(Casuistischer Beitrag zur Pathologie der Bauchhöhle.)

Die ungewöhnliche, die Diagnose erschwerende Ausbreitung der an und für sich allerdings nicht sehr seltenen Erkrankung veranlassen mich dieselbe weiteren Kreisen mitzutheilen. Hierin bestärkt mich noch der Umstand, dass bei dieser Gelegenheit die Aufmerksamkeit auf einen pathologischen Process gelenkt werden kann, der als Krankheit erst vor ganz kurzer Zeit Erwähnung gefunden hat, der aber doch, wie es scheint, von grosser Bedeutung ist und sehr häufig vorkommt; wenigstens finden sich seine Spuren in fast jeder erwachsenen Leiche, andeutungsweise wohl ausnahmslos in jeder.

Im März des vorigen Jahres erkrankte ohne jede nachweisbare Ursache Pat. mit starken Schmerzen im ganzen Abdomen, besonders in der Gegend der linken fossa iliaca. Diese Schmerzen waren mit Stuhlverhaltung, Uebelkeit und wahrscheinlich mit Fieber verbunden, denn Pat. hatte Trockenheit im Munde und starken Durst.

In einigen Tagen genas Pat. vollkommen nach Application eines Klysmas. Einige Wochen lang fühlte sich Pat. hierauf ganz gesund und ging seiner Beschäftigung als Bergmann nach. Darauf erkrankte er in ähnlicher Weise; aber während das erste Mal die Krankheit wie eine gewöhnliche Obstipation verlief, nahm sie dieses Mal schon einen ernsteren Charakter an: Es kam zum Kothbrechen und die Gegend der linken fossa iliaca schwoll an; Klystiere brachten nicht die gewünschte Hülfe, auch nicht Glycerinklystiere. Mit Hülfe von Ol. Ricin. wurde Stuhl erzielt, aber Pat. blieb nun ans Bett gefesselt. Die erkrankte Stelle des Bauches schwoll stärker an, Pat. litt häufig entweder an Verstopfung oder Durchfall, abendliches Fieber stellte sich ein, das linke Bein wurde ödematös und schliesslich brach die Geschwulst beim lig. Poupartii auf, indem sich «Koth» aus ihr entleerte. Ob das wirklich Koth war, ist jedoch nicht erwiesen, denn deutliche Speisereste wurden in der Flüssigkeit zunächst nicht bemerkt. Ende August wurden aber Arbusenkerne und Hühnerknochen darin bemerkt, womit also erwiesen war, dass der Darm durch die Fistel mit der Aussenwelt communicire.

Da sich spontan keine Besserung einstellte, vielmehr trotz der Behandlung die Schwäche bedrohlich wurde, entschloss sich Pat. den weiten Weg von fast 100 Werst ins Woskresenskschen Hospital anzutreten, wo er am 24. September halbtodt anlangte.

Status präsens. Patient, 40 a. n., Bergmann bei den Kupfergruben B. A. Paschkoffs bei Orenburg, ist von kräftigem Knochenbau, sehr stark abgemagert; die Hautfarbe ist nicht charakteristisch verändert, nur sehr blass, Blut- und Lymphgefässsystem nicht nachweisbar verändert. Lungen bis auf einen unbedeutenden Bronchialcatarrh mit glasigschaumigem Sputum, dem spärliche Eiterkörperchen und Epithelien beigemengt sind, unverändert. Nierengegenden bei Druck nicht empfindlich und der Urin, von gewöhnlicher Menge, weist nichts abnormes auf. Ebenso die Fäces, welche spontan entleert werden.

Das Abdomen in toto mässig aufgetrieben, meteoristisch. Lebergrenzen und Milzgrenzen normal. Linkes Bein ödematös, sonst keine Oedeme. Der linke untere Quadrant des Abdomens ist mehr aufgetrieben, die Haut dieser Gegend, besonders in der Mitte derselben, schwach geröthet und wärmer als die Umgebung. An der Grenze zwischen äusserem und mittlerem Drittel des lig. Poupartii, etwas mehr lateralwärts zwei Fistelöffnungen, welche, eine über, die andere unter dem Ligament gelegen, Darminhalt und dünnen Eiter entleeren. Darminhalt enthielt der Eiter jedoch offenbar nur zeitweilig, wie die Aussagen des Kranken und die erhaltene Anamnese ergaben.

Die Palpation ergiebt, dass die aufgetriebene Stelle härter, ohne besondere Configuration ist, und allmälig in die Umgebung übergeht, ohne scharfe Grenzen. Von hinten her ist dieselbe undeutlich zu fühlen. Die Haut über dieser Gegend ist verschieblich und lässt sich in Falten erheben, die Bauchdecken im Ganzen aber nicht, während dieselben ausserhalb der aufgetriebenen Partie ebenfalls in Falten erhoben werden können. An der erkrankten Stelle sind sie offenbar mit der Unterlage verwachsen.

Alle diese palpatorischen Versuche sind mässig schmerzhaft, auch spontan sind zuweilen reissende und drückende Schmerzen vorhanden. Der stärkste Druck- und Spontanschmerz findet sich in der Gegend des Trigonum Petiti, welche Stelle etwas geschwollen und geröthet ist.

T°. Morgens 37,5, Abends 37,7. Puls der T°. entsprechend zwischen 70 und 80.

Der Verlauf im Krankenhause war ziemlich gleichförmig, von wenigen besonderen Vorkommnissen unterbrochen. Von diesen führe ich die wichtigsten hier an.

Die Schwäche, welche wohl in Folge der langen beschwerlichen Fahrt zugenommen hatte, verging im Verlauf der ersten 3 ruhig im Hospital verbrachten Tage bei zusagender Kost, Darreichung von Wein und anderen Excitantien.

Am 28. September entleert sich aus der Fistel plötzlich eine grössere Menge mit Blut streifig gemischten Eiters, worauf die seit dem 2. im Hospital verbrachten Tage Abends bestehenden Temperaturerhöhungen aufhören und Pat. sich wohler fühlt. An der verhärteten Stelle aber sind keine Veränderungen zu constatiren. Dann beginnen Morgens Collapstemperaturen mit abendlichen Steigerungen aufzutreten (36,0—38,6), welche Pat. sehr schwächen. Das Oedem des linken Beines nimmt zu. Da Pat. ad patres zu gehen droht, wagte ich's an die Aufsuchung des Krankheitsheerdes zu gehen, was mir ein sehr schwerer Entschluss war, da ich wie gewöhnlich ohne Assistenz von Collegen, ganz allein, nur mit dem chloroformirenden Feldscher und der an der Wunde assistirenden Hebamme operiren musste. Zudem standen im Falle eines ungünstigen Ausganges von Seiten der hier sehr rohen, uncivilisirten und händelsüchtigen Bevölkerung Klage bei den Behörden und andere Unannehmlichkeiten bevor. Das alles erklärt, weswegen ich so lange ohne Operation auszukommen versuchte.

2 Finger breit über dem äusseren Theil des lig. Poup. wurde am 9. Oct. die Haut in der Ausdehnung von 12 ctm. parallel demselben durchschnitten und vorsichtig durch die verspeckten Gewebe in die Tiefe gedrungen. Hierbei spritzten selbst die kleinsten Gefässe, da sie sich nicht zusammenziehen konnten, und die Ligaturen rissen häufig durch. Je mehr in die Tiefe, um so undeutlicher wurden die anatomischen Verhältnisse, und schliesslich, als die Peritonäalfalte erreicht war, wurde das Gewebe fast gallertartig und sehr blutreich. In Anbetracht der starken Anämie des Patienten hielt ich Vermeidung jeden weiteren Blutverlustes für geboten und liess die Operation unbeendet. Die Fisteln erweiterte ich von aussen mit dem Finger, wobei ich fand, dass sie sich unter der Haut vereinigten und dann in 3 Aeste spalteten, um alle 3 in die Tiefe zu gehen. Dicke Nelatons wurden eingeführt und in den nächsten Tagen durch dieselben gespült.

Bis zum 19. schwankte die Temperatur zwischen 36,3 und 37,0 und Pat. fing wieder an sich zu erholen, wobei das Oedem des linken Beines ganz verschwand, der Umfang des geschwollenen Theiles am Abdomen jedoch unverändert blieb.

Früh am 19. sank die T°. auf 35,5 um Abends auf 37,6 zu steigen; Von nun an fiel sie treppenförmig: am 23. 34,4—36,6, und unter zunehmender Schwäche starb Pat.

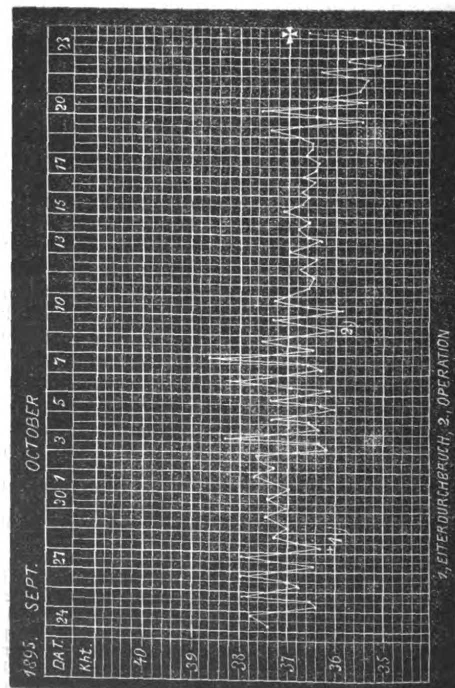
Womit haben wir's hier nun zu thun gehabt?

Wäre der Process auf der rechten Seite gewesen, so hätte wohl niemand gezweifelt, dass es sich um eine gewöhnliche Paraperityphlitis handele, er war aber auf der linken Seite. Deswegen lag zunächst der Gedanke an situs viscerum inversus oder wenigstens an eine solche Lage der Eingeweide nahe, welche meist als ungewöhnlich oder gar als selten bezeichnet wird, obwohl man sie eigentlich nicht so nennen dürfte, d. i. eine Lage der Eingeweide, bei der das Coecum in die Mittellinie des Körpers oder sogar in die linke Körperhälfte hineinreicht. Solche Fälle sind nicht sehr selten: Engel fand das Coecum bei 100 Leichen über der Symphyse 30 mal, in der Nabelgegend 4 Mal. Oder es konnte sich um ein Mesenterium commune handeln, wobei ja das Coecum sehr beweglich ist, was Treves bei 100 Leichen 2 mal fand, Gruber allerdings als Seltenheit bezeichnet. Luschka fand bei Mesent. comm. das Coecum in einer linksseitigen Leistenhernie. In einer vor Kurzem erschienenen Arbeit über das Coecum (Turner, Chir. Westn. 1892) wird ein Fall beschrieben, wo das Coecum ebenfalls beinahe in der linken Körperhälfte liegt. Bei solchen Lagen wäre es wohl möglich, dass paracoecale Eiterungen in dem hier besonders lockeren retroperitonealen Bindegewebe in die linke Körperhälfte gelangen. Wassereinläufe und Lufteinblasungen per rectum überzeugten mich jedoch, dass solche Lagen nicht vorhanden, dass vielmehr die Flexur im Bereich der Schwellung lag.

Hatten wirs mit einer verjauchenden Neubildung, einem Carcinom zu thun? Zu den Symptomen eines solchen werden gerechnet: hartnäckige Stuhlverhaltung bis die Geschwulst zerfällt und die Passage wieder frei giebt. Die Consistenz ist meist hart, die Form uneben. Fieber fehlt, und wenn's vorhanden ist, spricht es für perityphlitisches Exsudat und gegen Carcinom. Bei derauf den Zerfall folgenden Durchgängigkeit des Darms findet sich Blut und Eiter im Stuhl. Aufbruch nach aussen ist selten (Leo, Diagnostik, pag. 127).

Anstatt dessen verging in unserem Falle die Obstipation nach Darreichung von Ricinusöl, und darnach besserte sich der Zustand, während bei einem mechanischen Hinderniss der Art Ricinusöl nicht nur unwirksam geblieben wäre, sondern wie bei jedem anderen Ileus auch, den Zustand verschlimmert hätte. Auch war die Obstipation jedes Mal von so kurzer Dauer, dass an einen das Lumen ausfüllenden Tumor kaum gedacht werden konnte. Die Consistenz war nicht hart, die Form nicht höckrig, sondern die Schwellung ging allmählich in die Umgebung über und fühlte sich ganz gleichmässig an, mehr wie ein Exsudat. Weder Blut noch Eiter wurde im Stuhl gesehen, und die Blutung aus der Fistel (am 28. Sept.) glich mehr dem Aufbruch eines Abscesses als der Arrosion eines Gefässes. Auch hatte Pat. trotz des langen Bestehens seiner Krankheit nicht das Aussehen eines Krebskranken, wies keine Metastasen auf, und schliesslich wäre das zeitweilige Verschwinden des Oedems des linken Beines, wenn es durch Druck eines Tumors auf die Vene bedingt gewesen wäre, nicht ohne Zwang zu erklären. Daher gab ich den Gedanken an Carcinom auf, obwohl der Sitz der Geschwulst als an einer der Flexuren dafür sprach.

Die Symptome unseres Falles und die T°curve lassen eher an ein Exsudat denken.



Entzündungen in dieser Gegend kommen zweifellos sehr häufig vor, das beweisen die narbigen Veränderungen des Peritonäums an den Fusspunkten der Flexur, die fast an jeder erwachsenen Leiche gefunden werden; doch verlaufen diese Entzündungen meist chronisch, unbemerkt oder mit reissenden und bohrenden Schmerzen verbunden. Das kann man besonders bei Frauen häufig beobachten, und bezieht dann diese Schmerzen wohl gewöhnlich auf das Parametrium dieser Seite, ohne jedoch hier pathologische Veränderungen zu finden. Seitdem ich auf diese Entzündungen aufmerksam geworden bin, habe ich Druckschmerz bei chronisch Obstipirten an dieser Stelle recht häufig gefunden und kann ihn nicht anders deuten als bedingt durch eine schleichende Entzündung; denn nicht weit oberhalb, wo Dehnung des Darms und Reizung durch Scybala ebenso vorausgesetzt werden muss, fehlt der Druckschmerz ganz oder ist viel geringer.

Doch kommen acute Fälle vor, und es ist das Verdienst von Leo (Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane) hierauf zuerst aufmerksam gemacht und diese Processe als Krankheit beschrieben zu haben, doch sagt er nicht, ob seine Fälle mit Abscedirung und Fistelbildung verliefen.

In der anatomisch-chirurgischen Literatur finden sich die Residuen von Entzündungen dieser Gegend allerdings schon längst beschrieben als die genannten narbigen Veränderungen an den Fusspunkten der Flexur, und durch eine Arbeit von mir in Langenb. Arch. Bd. 44 ist das lig. Mesenterio-mesocolicum Gruberi in starken Verdacht gerathen ebenfalls nichts weiter zu sein als das Residuum einer localen Peritonitis, angefacht durch Zerrung und Dehnung der Flexur besonders durch Gasanhäufung.

Bei Leo heisst es nun bei Gelegenheit der acuten Peritonitis:

«Am häufigsten findet sich circumscripte Peritonitis in der Umgegend des Coecums und der weiblichen Genitalien. Uebrigens kommt auch eine circumscripte Peritonitis in der Umgebung des Colon descendens vor, welche vollkommen unter den Erscheinungen einer Perityphlitis verläuft. Nur ist die Schmerzhaftigkeit und der durch das Exsudat bedingte Tumor im linken Hypochondrium localisirt. In der Literatur ist diese Krankheit nicht erwähnt. Ich habe aber mehrere derartige Fälle und zwar bei jungen männlichen Individuen beobachtet».

Was lag nun näher, als in unserem Falle ebenfalls solch eine Erkrankung anzunehmen! Verlauf, Temperaturcurve und palpatorischer Befund wiesen auf einen sich ausserhalb des Darms abspielenden mit Eiterbildung verbundenen Process hin, der erst secundär die Darmschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen hatte. Wäre die Krankheit rechtsseitig gewesen, wie gesagt, Niemand hätte an was anderes als Paraperityphlitis gedacht; und wo wir nun erfahren, dass in der Umgebung der Flexur grade ebensowas vorkommt, muss uns das wohl als eine willkommene Lösung des Räthsels erscheinen. Und dennoch war das nicht. Am 23. verschied Patient und die Section ergab Folgendes:

Flexur, vordere und hintere Bauchwand durch sulzige Massen, höhlenweise zerfallen, zusammengebacken. Die Flexur selbst an mehreren Stellen arrodirt, sonst normal, besonders keine ringförmigen oder überhaupt grösseren Geschwüre aufweisend. Aus den zerfallenden Stellen der Geschwulst führen 3 Gänge in die Nähe des lig. Poupartii, wo sie sich vereinigen und dann wieder in zwei trennen. Sonst ergab die Section nichts besonderes.

Die mikroskopische Diagnose, welche Herr Dr. v. Zoege-Dorpat so freundlich war für mich zu machen, da in meinem im Entstehen begriffenen Hospital hierfür noch nichts vorgesehen, ergab Adenocarcinoma cylindrocellulare!

Dieser Befund weist darauf hin, dass die Erkrankung zuerst in der Flexur begonnen haben muss, dann nach aussen wucherte und secundär wiederum die Flexur ergriff, sie an mehreren Stellen arrodirend, im Uebrigen jedoch intact lassend. Auf diese Weise musste die zerfallende Geschwulst die Symptome eines eitrigen Exsudates machen und die Fehldiagnose intra vitam ist dadurch erklärt.

Weswegen Blut und Eiter im Stuhl nicht vorkam, kann ich mir nur so erklären, dass bei intactem Abdomen an den betreffenden Stellen durch die Section unkenntlich gewordene klappenartige Verhältnisse bestanden, welche den Strom nur in der Richtung nach aussen sich bewegen liessen.

Fabrikshospital zu Woskresensk, im März 1896.

Zur Technik der Darmnaht.

Von

Dr. med. J. Dsirne.[1])

Mittheilung aus der chirurgischen Abtheilung des Gouvernements-Landschaftskrankenhauses in Samara.

Mit zu den allerwichtigsten Fragen auf dem Gebiete der Chirurgie muss entschieden die Resection des Darmes mit nachfolgender unverzüglicher Wiederherstellung seiner Durchgängigkeit gerechnet werden. Die Operation hat in ihren mannigfaltigsten Variationen auf Grund zahlreicher Beobachtungen das vollste Bürgerrecht erlangt, wenngleich trotz peinlichster Antisepsis resp. Asepsis die Zahl der letalen Ausgänge eine verhältnissmässig noch hohe ist.

Von Duverger an (Mitte des 18. Jahrhunderts) bis auf die allerletzte Zeit hat das ernste und fleissige Arbeiten der Vertreter unserer chirurgischen Disciplin zahlreiche Methoden zu Tage gefördert, von denen besonders die von Senn, Neuber, Murphy und Landerer bezüglich ihrer guten Resultate hier hervorzuheben wären.

Der Amerikaner Senn veröffentlichte 1887 auf Grund zahlreicher Versuche an Thieren und Menschen ein Verfahren, welches darin besteht, dass er die Darmenden vermittelst decalcinirter Knochenplättchen und Gummiringe vereinigte.

Der Vorschlag Neuber's geht dahin, in die Lichtung der zu vereinigenden Darmschlingen eine hohe Rolle aus decalcinirtem Knochen einzuführen. Auf dieser Rolle werden vermittelst Schnürnaht die Darmenden dicht neben einander befestigt und schliesslich darüber noch ihre Serosen durch Lembert'sche Nähte vereinigt. Die Faeces passiren unbehindert die Rolle und auf der Linie der Vereinigung bleibt Beschmutzung und Infection durch den Darminhalt ausgeschlossen. Auf dem Wege der Maceration wird der Knochen grösstentheils aufgesogen, der Rest geht mit dem Stuhl ab.

In allerletzter Zeit ist die Methode von Murphy mehrfach zur Anwendung gelangt. Dieser Autor construirte einen complicirten sogenannten «Anastomosenknopf», welcher aus zwei pilzförmigen Theilen besteht. Den Fuss des «Pilzes» bildet ein Hohlcylinder, den Hut — ein Hohlring. Der Fuss des einen Pilzes wird in den des anderen hineingeschoben und vermittelst einer bestimmten Vorrichtung in letzterem befestigt. Jeder Theil des Knopfes muss gesondert in das betreffende Darmende eingeführt und auf demselben durch Schnürnaht befestigt werden, worauf erst Vereinigung der beiden Theile durch Ineinanderschieben erfolgt. Nach Verlauf einer gewissen Zeit soll nun der Knopf mit dem Darminhalte abgehen und eine lineare Narbe ohne Verengerung hinterbleiben. Ein

[1]) Diese Arbeit ist am 17. März 1896 bei der Redaction eingelaufen.

derartiger Ausgang wäre natürlich stets sehr wünschenswerth, doch de facto kommen bei Anwendung des Murphyknopfes leider nicht allzuselten sehr unangenehme, ja tödtliche Zufälle vor.

Im Anfange vergangenen Jahres veröffentlichte Professor Landerer-Stuttgart eine Arbeit unter dem Titel «Zur Technik der Darmnaht», wo er sich gegen die Anwendung des Murphy'schen Anastomosenknopfes und für eine von ihm an Leichen und Hunden mit Erfolg ausgeführte Methode der Darmvereinigung ausspricht. — Es handelt sich hierbei um Benutzung vegetabilischen Materiales und zwar werden Cylinder (Rollen) aus Kartoffeln oder gelben Rüben vorgeschlagen.

Bezüglich der Methode Murphy's verhält sich Landerer, wie gesagt, sehr skeptisch und verweist auf die mehrfachen unglücklichen Resultate nach ihrer Anwendung. So macht Dowborn im Februar 1895 Mittheilung über 2 tödtlich verlaufene Fälle, — der eine Kranke ging an Perforation zu Grunde, der andere an Ileus. — Ferner sind noch 4 Fälle bekannt, wo der Murphyknopf nicht abging und, sei es bei der Section oder der zweiten Operation, im Darme gefunden wurde. Ausser diesen Fällen sind im Laufe des Jahres 1095 noch manche unangenehme Ereignisse nach Anwendung erwähnten Knopfes zu verzeichnen.

Den Hauptfehler des Murphyknopfes bildet sein Gewicht und seine Grösse, weshalb er denn auch schwer die Därme, besonders die Valvula Bauhini passirt. Die durch dieses Instrument eingeklemmten Darmtheile können der Necrose verfallen, welch letztere wiederum einer Perforation Vorschub leistet. — Schliesslich weist Landerer noch auf den praktischen Umstand hin, dass der complicirte Anastomosenknopf auch nicht gleich jedem Arzte zur Hand zu sein pflegt

Es muss demnach also ein Material gefunden werden, welches eine feste und rasche Vereinigung der Därme ermöglicht, ferner — nach einer gewissen nicht zu kurzen Zeit resorbirt wird und schliesslich jedem Arzte schnell zur Verfügung steht.

Dergleichen Anforderungen scheint am besten vegetabilisches Material, besonders Kartoffel und gelbe Rübe, zu entsprechen.

In Anbetracht der verhältnissmässig hohen Mortalität bei Anwendung der bisherigen Methoden, können wir ein Verfahren, welches uns einem idealen Erfolge näher zu führen verspricht — nur mit grösstem Interesse begrüssen. Als ein derartiges Verfahren sehe ich den Vorschlag Landerers an.

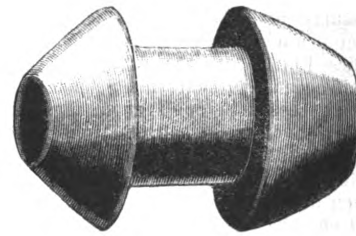
Das Verdienst unabhängig von einander, pflanzliches Material anstatt der Senn'schen Knochenplatten zur Darmvereinigung vorgeschlagen und angewendet zu haben, gebührt Baracz und Dowborn.

Der eine protegirte dabei die Burkane, der andere die Kartoffel.

Landerer führte den Gedanken dieser Autoren weiter aus und ersann eine Methode, welcher, meiner Ansicht nach, eine grosse Zukunft vorausgesagt werden kann.

Das Verfahren Landerers besteht in Folgendem: Aus Burkanen oder gelben Rüben schnitzt man einen Cylinder, welcher mittelst einer dicken Troikartkanüle oder einem Hohlmeissel in einer Weite von 5—8 mm. durchlocht wird. An seinen beiden Enden ist der Cylinder nach aussen hin abgeschrägt und trägt in der Mitte einen circulären Einschnitt. Dieser Einschnitt dürfte etwa 1—1,5 cm. Länge und 0,5—1 cm. Tiefe besitzen (Fig. 1 nach Landerer). Auf den beschriebenen Cylinder werden von beiden Seiten die Darmenden aufgezogen und in dem circulären Einschnitt durch Schnürnaht befestigt (Fig. 2 u. 3 cf. Landerer). Als Nahtmaterial wäre Seide zu benutzen. Die Schnürnaht beginne gegenüber dem Mesenterialansatz; ferner überkreuze sich Anfang

Fig. 1.



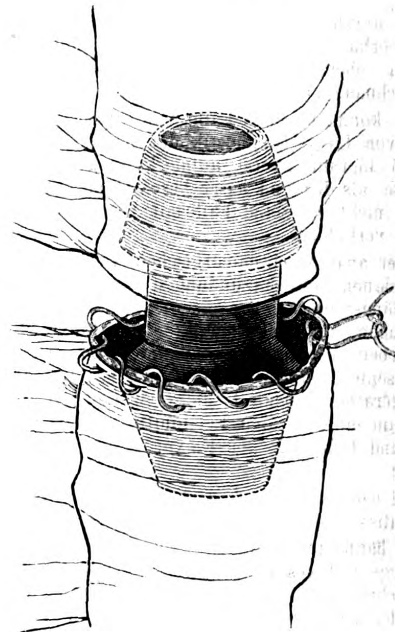


Fig. 2.

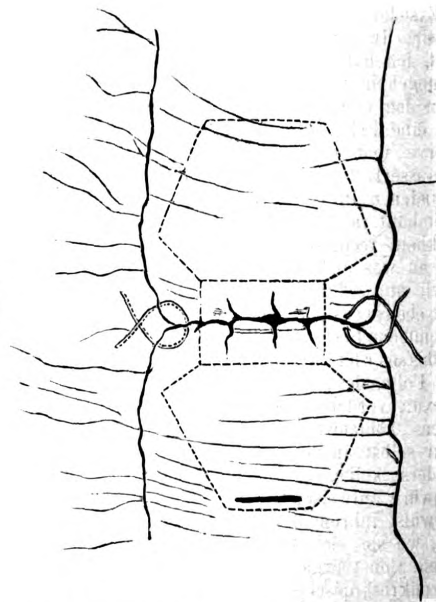


Fig. 3.

und Ende des Fadens, damit nach Schürzung desselben keine Koth durchlassende Falte sich bilde. Schliesslich achte man noch darauf, dass die Stiche 3—5 mm. vom

Wundrande entfernt gemacht werden und durch die ganze Dicke der Darmwand gehen.

So berühren sich die serösen Flächen der nunmehr vereinigten Darmschlingen. Um nun möglichst sicher zu gehen, vereinige man die Serosen noch durch Lembert'sche Nähte aus feiner Seide oder Katgut, wobei vor Allem der Mesenterialansatz und die ihm gegenüberliegende Stelle zu berücksichtigen sind. Es genügen 6 bis 10 Suturen.

Die Grösse der Cylinder richtet sich natürlich nach der Weite der zu vereinigenden Darmpartieen.

Die vielfachen Versuche, welche Landerer an Hunden anstellte gaben die allerbesten Resultate. Dabei wurde der Pflege der Thiere keine besondere Aufmerksamkeit zugewendet; dieselben bekamen bereits am folgenden Tage ihr gewöhnliches Fressen. Bei Hunden, die am 3. und 4. Tage getödtet wurden constatirte Landerer weder vor dem vegetabilischen Cylinder Kothstauung noch unterhalb desselben Fehlen der Faeces. Ferner war der Cylinder noch ebenso fest, wie während der Operation. Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die vegetabilischen Rollen 5—6 Tage ihre Festigkeit bewahren — also genügend lange, um eine sichere Verklebung der serösen Oberflächen zu gestatten. Nach Verlauf von 8—10 Tagen konnte von den Cylindern nichts mehr nachgewiesen werden — sie waren verdaut worden. Stets fand sich eine lineare Narbe ohne Verengerung des Lumens.

Bei allen diesen Versuchen ging nur ein einziger Hund zu Grunde, was Landerer auf die nicht einwandsfreie Assistenz und den nicht passenden d. h. zu grossen Einlegecylinder zurückführt.

Die Vortheile des Landerer'schen Verfahrens erschienen mir so in die Augen springend, dass ich beschloss dasselbe bei der nächsten Gelegenheit am Menschen in Anwendung zu bringen. — Bei dem riesigen chirurgischen Material, welches in unserem grossen Krankenhause zusammenströmt liess nun diese Gelegenheit nicht lange auf sich warten; — schon im November 1895 operirte ich den ersten Fall mit idealem Verlaufe und Enderfolge, im Januar dieses Jahres einen zweiten mit ebenfalls ausgezeichnetem Erfolge.

Fall I. 3. Oct. 1895. D. D. 42 Jahre alt, Wäscherin aus Samara laborirte bis zum Jahre 1891 an einer rechtsseitigen Leistenhernie. In genanntem Jahre klemmte sich die Hernie ein und wurde in Folge dessen in unserem Krankenhause die Herniotomie gemacht, (Dr. Dogadkin) Pat. genas und wurde bald entlassen. Anfang 1895 bildete sich auf der Stelle der Narbe eine Fistel, durch welche zu wiederholten Malen eine «Darmschlinge» heraustrat und von der Patientin stets ohne Mühe reponirt wurde. — Am 2. October 1895 um 8 Uhr Abends trat wiederum der Darm hervor durch die Fistelöffnung, konnte jedoch von der D. D. trotz vielfacher Versuche nicht mehr zurückgebracht werden. Es entstanden Schmerzen im Leibe, welche sich bis zur Unerträglichkeit steigerten und die Kranke veranlassten um 2 Uhr Mittags am 3 October 1895, also 18 Stunden nach erfolgter Darmeinklemmung — das Krankenhaus aufzusuchen.

Patientin ist ein mageres, ungemein geschwächtes Individuum. Schmerzen unerträglich, häufiges Erbrechen, Leib äusserst schmerzhaft.

Im unteren Theile der rechtsseitigen Herniotomienarbe eine Oeffnung aus welcher ohne Bruchsack eine eingeklemmte dunkelbraunverfärbte in der Mitte perforirte Dünndarmschlinge heraushängt. Die an den Rändern gangränöse Perforationsstelle ist so gross, das der ab- und zuführende Schenkel des Darmes nur durch eine etwa Zündholzdicke Brücke mit einander verbunden sind. Temp. 38.8 Puls 130.

In Anbetracht dessen dass die chirurgische Baracke remontirt wurde und meine Abtheilung in Folge dessen vorläufig in der therapeutischen Baracke untergebracht war, wo kein ordentliches Operationszimmer existirte, ferner, da sowohl der gangraen. Darm, als auch der ganze Leib ungemein beschmutzt waren — so legte ich nach Resection der Darmschlinge (12 cm.) und Lösung der bedeutenden Verwachsungen zwischen Darm und Bauchwand einen Anus praeternaturalis an der Stelle der Herniotomienarbe an.

Vom 3. bis zum 9. October 1895 schwankte die Temperatur zwischen 37,6 und 38,2. Puls gut, Schmerzen vollkommen geschwunden, aus dem zuführenden Darmschenkel entleert sich der Koth ohne Beschwerden. Anfangs beunruhigte die Pat. eine Bronchitis.

Vom 10. October bis 23. November. Alles normal. — Pat. hat bedeutend zugenommen, fühlt sich sehr wohl, geht umher. T. 37,0.

23. November 1895. Nach der üblichen Vorbereitung (Diät, Klysmata, Ol. Ricini, Wannen) wurde zur Darmvereinigung nach dem Verfahren von Landerer geschritten. — Bauchschnitt durch die Herniotomie-Narbe über dieselbe etwa 2 Fingerbreit hinaus nach oben, Umschneidung der Fistel, Loslösung des Darmes, Resection seiner Ränder, Hervorziehen der beiden Ileumschenkel, Umgeben derselben mit Jodoformgaze behufs Abschlusses der Bauchhöhle und Vereinigung der beiden Darmenden auf einem Kartoffelcylinder durch Festbinden auf demselben durch die beschriebene Schnürnaht, sero-seröse Nähte (12) nach Lembert. Schluss der Bauchwunde ohne Drainage. Als Berieselungsflüssigkeit nur sterile physiologische warme Kochsalzlösung angewendet. Chloroformnarcose. Dauer der Operation excl. Narcose 25 Min. Der Krankheitsverlauf war von der Operation ab so, wie man ihn sich besser kaum wünschen konnte. — Die Temperatur stieg die ganze Zeit über nicht höher als 37,0, nur am 2., 3. und 4. Tage p. op. schwankte sie zwischen 37,4 und 37,8. Vom ersten Tage ab Gasabgang. Keine Schmerzen oder sonstiges Unbehagen, trotz täglicher Opiumdosen und Diät erfolgte am 6. Tage Stuhl und zwar ohne jegliche Beschwerden; von da ab kein Opium mehr verabfolgt, täglich einmalige leichte Defäcation.

Am 9. Tage p. op. ein Theil der Nähte entfernt, am 13. Tage der Rest. Am 15. Tage sitzt Pat. im Bette ohne Beschwerden und verlässt am 17. Tage ihr Krankenlager, geht ohne Mühe und fühlt sich ausnehmend wohl.

Am 21. Tage nach der Operation in blühendem Zustande entlassen.

Am 1. März hatte ich Gelegenheit die D. D. zu sehen; sie machte einen vorzüglichen Eindruck und arbeitet wiederum als Wäscherin seit längerer Zeit ohne Beschwerden.

II. Fall. 31. Januar 1896. W. D. 22 Jahre alt, Bauer aus dem Samar. Gouvernement. Seit der Kindheit rechtsseitige Inguinalhernie, welche sich bisher leicht reponiren liess. In Folge Hebens einer schweren Last trat am 29. Januar 1896 wiederum die Hernie heraus und klemmte sich ein. Bald sehr starke Schmerzen im Leibe. Am folgenden Tage häufiges Aufstossen und Erbrechen, kein Stuhl.

Der Kranke ein anämischer, sehr leidend aussehender, ungemein magerer Mann windet sich unter den qualvollsten Schmerzen. Leib sehr bedeutend aufgetrieben und schmerzhaft bei Berührung, Tympanites. Temp. 36,5 Puls 120, sehr klein.

Sofort Wanne, Abseifen mit sapo virid. Rasieren der Schamhaare und Desinfection der Bauchdecken. Hierauf unter Chloroformnarcose Herniotomieschnitt, wobei sich erweist, dass die eingeklemmte Ileumschlinge vollständig gangränös ist; der Bruchsack dunkelbraun verfärbt, in demselben eine stinkende jaucheähnliche Flüssigkeit. Bruchsack exstirpirt, Herniotomieschnitt nach oben verlängert, Ileum vorgezogen, umlagert mit Jodoformgaze und das gangränöse Stück resecirt in einer Länge von 8 cm. zugleich mit dem dazugehörigen Theil des gangränösen Mesenterium. Vernähen der Mesenterialwunde und Vereinigung der beiden Darmschenkel auf dem Landerer'schen Kartoffelcylinder wie im Falle I. Bruchpforte vernäht. Asepsis (Kochsalzlösung), Chloroformnarcose. Dauer der Operation excl. Narcose 20 Min.

Nach der Operation hörte das Erbrechen auf, desgleichen waren die Schmerzen sehr gering. Die Auftreibung des Leibes nahm von Tag zu Tag ab. Schon am 5. Tage konnte der Kranke ohne Beschwerden auf die Seite gelegt werden. Gasabgang vom ersten Tage an.

Am 7 Tage, trotz Opium, leichter spontaner Stuhl. Von da ab tägliche spontane Entleerungen. Am 9. Tage ein Theil der Bauchdeckennähte entfernt, am 13. Tage der Rest. Vom 13—18. Tage kleiner Bauchdeckenabscess mit Temperaturen von 37,4—38,5. Am 18. Tage sitzt Patient, am 21. verlässt er das Bett und wird 5 Tage darauf vollkommen gesund entlassen.

Abgesehen von der Temperatursteigerung während Bestehens des Abscesses war die Temperatur bis auf eine Steigerung am 3. Tage auf 38.2 stets eine normale.

Die beiden Operationen führte ich unter liebenswürdigster Assistenz meiner Collegen, der Drr. Dogadkin, Wertel, Unschenin und Jastrebow aus.

Herr Prof. Landerer, dem ich über den glücklichen Ausgang der nach seinem Vorschlage operirten Kranken brieflich referirte, machte mir die Mittheilung, dass ausser meinen Fällen noch weitere 4 veröffentlicht worden seien und zwar 2 Fälle von Landerer — Darmresection, guter Erfolg und Gastroenterostomie bei vorgeschrittenem Magencarcinom, Tod am 3. Tage p. o. an Erschöpfung,

ohne Peritonitis; 1 Fall von Rother-Berlin, Resection des Colon wegen Tumor, — guter Erfolg; 1 Fall von Morian-Essen bei einer Gastroenterostomie, guter Erfolg.

Am Schlusse seines Schreibens äussert sich Landerer, dass er sich freuen würde, wenn — angesichts der zahlreichen Todesfälle und sonstiger Störungen durch Murphy's Knopf, seine Methode an Ausbreitung gewänne.

Referate.

W. W. Russel: Der klinische Verlauf von 47 Fällen von Uteruscarcinom nach der Hysterectomie. John. Hopkins Hospital Bulletin 1895 Nov. Dec.

Der Werth der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus kann als sicher feststehend angesehen werden. Aus der Statistik verschiedener Operateure geht hervor, dass in einer Zahl von Fällen Heilung eintritt, in anderen ein Verschwinden aller Symptome für Monate oder Jahre. Sieht man in recidivirenden Fällen die Totalexstirpation als palliative Operation an, so erscheint dieselbe als berechtigt, weil durch sie ein Cessiren der Ausscheidungen, Blutungen und Schmerzen für einen bestimmten Zeitraum erzielt wird. Allgemein gilt als angenommen, dass solche Pat. nicht über 2 Jahre nach dem Erscheinen des lokalen Recidivs leben. Die Indication zur Totalexstirpation bleibt das Bestreben eine endgültige Heilung zu erzielen, wenn auch schliesslich häufig nur eine temporäre Besserung eintritt. 16 von den 21 leben gebliebenen Operirten sind über 2 Jahre gesund. Es starben 10 % an der Operation, 44 % leben, 34 % starben an Recidiven, in 8 % war über das Schicksal der Pat. nichts zu erfahren und 2 % (1 Pat.) starben an Herzkrankheiten. Recidive und Tod traten innerhalb 18 Monaten auf, doch war die Prognose schon bei der Operation in 8 Fällen eine ungünstige. Eine Pat., die vor 5 Jahren wegen Cervixcarcinom operirt wurde bekam vor 16 Monaten eine metastatische Schwellung der Supraclaviculardrüsen ohne lokale Erscheinungen von Recidiv. Ihr Zustand ist hoffnungslos. In 2 Fällen trat Krebs der Mamma einige Monate nach der Uterusexstirpation auf, die eine Pat. starb an einem Herzfehler die andre lebt, beide bekamen kein lokales Recidiv. In 3 Fällen täuschte die bei der Operation in die Vagina prolabirte und dort fixirte Tube; in einem weiteren Fall eine dicke zurückgebliebene Seidenligatur ein lokales Recidiv vor. In einem Falle entwickelte sich 3 Monate nach der Operation in der Narbe im Scheidengewölbe eine pilzartige Carcinomwucherung, dieselbe wurde abgetragen und sorgfältig cauterisirt. Pat. ist bis jetzt etwa 2½ Jahre vollkommen gesund. — Von den Pat. mit Corpuscarcinom (9 Fälle) leben 7 (- 77 %), 1 starb an der Operation, 1 an Recidiv. Von den lebenden Frauen ist eine 5 Jahre nach der Operation und je 2 Pat. 3, 2 und 1 Jahr. In einigen dieser Fälle hatte die Neubildung die Uteruswandung bis zum Peritoneum durchwachsen, ohne dass eine Schwellung der Lymphgefässe oder das Parametrium constatirt werden konnte. In 3 Fällen wurde die supravaginale Amputation mit Zurücklassung des Cervix gemacht, dieselben sind ebenso günstig, wie die 6 Totalexstirpationen verlaufen. — Von den Cervixcarcinomen starben an der Operation 10 %, an Recidiven 38 %, es leben 36 %, unbekannter Verlauf in 10 %. Es lässt sich kein Zeitpunkt nach der Operation bestimmen, wann die Pat. als ausserhalb jeder Gefahr anzusehen sind. Fritsch, Schauta, Hofmeier, Leopold und Boldt haben das Schicksal ihrer Pat. bis 7 Jahre verfolgt und auch dann noch eine Abnahme des Procentsatzes der Radicalheilung beobachten können. Olshausen, Schauta und Fritsch sahen in 47 % der Fälle 2 Jahre nach der Operation kein Recidiv, während der Verf. innerhalb von 18 Monaten alle Recidive bis auf eins auftreten sah. Die verschiedenen Carcinomformen sind von Wichtigkeit für die Recidivirung. Nach 7 Totalexstirpationen wegen Adenocarcinom des Uteruskörpers bekam keine Pat. ein Recidiv, dagegen starben von 38 Cervixcarcinomen 15 an Recidiv. In allen Fällen von Recidiv fanden sich ausser im Becken nur einmal auch Carcinomknoten in der Leber.

W. Beckmann.

Alexander Marmorek (Paris). Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum. Wien. med. Wochensch. № 7. 1896.

Die Publication, entnommen den Annales de l'Institut Pasteur, bezieht sich auf Versuche, die im Hospital Trousseau an 96 Scharlachkranken vorgenommen worden waren. Marmorek ging von der Idee aus, dass die Streptokokken bei den Scharlachcomplicationen eine Hauptrolle spielen müssen und dass durch Injection von Antistreptokokkenserum die Gefahr der Complicationen hintangehalten werden könne. Das verwendete Serum hatte einen Immunisirungswerth von 30,000 Einheiten. In allen Fällen konnte die Anwesenheit der Streptokokken allein oder neben anderen Mikroorganismen nachgewiesen werden. Allen Kindern wurde gleich nach ihrem Eintritte 10 Ccm. in schweren Fällen 20 Ccm. injicirt; im Uebrigen bestand die Behandlung nur in antiseptischer Reinigung des Rachens. Die Injectionen wurden bis zum Eintritt des Temperaturabfalles täglich wiederholt: meist genügten eine oder zwei Einspritzungen; trat eine Drüsenschwellung (19 mal) oder geringfügige Albuminurie (33 mal) auf, so wurde die Behandlung wieder aufgenommen und bis zur Beseitigung dieser Complicationen fortgesetzt. Da die Wirkung des Serums nur eine temporäre ist, und Complicationen auch nach längerer Zeit auftreten können, darf die Aufmerksamkeit nicht zu bald erlahmen; in der Regel betrug die Gesammtmenge des injicirten Serums 10—30 Ccm., in schweren Fällen wurden jedoch 40—80 Ccm. verbraucht. Von den 96 Kindern starben 5, bei 4 von diesen bestand eine Mischinfection von Scharlach und Diphtheritis, das fünfte Kind, 2 Jahre alt, starb an der Complication mit doppelseitiger Pneumonie. — Den markantesten Effect zeigen nach Verf. die Seruminjectionen bei den Drüsenschwellungen; die bei 19 Kindern beobachteten Schwellungen der Lymphdrüsen des Halses schwanden, ohne dass es zur Eiterung gekommen wäre; in einem sehr schweren Falle kam es trotz Serumbehandlung zur eiterigen Otitis, welche aber bald wieder vorüberging; bei vier Kindern, die mit doppelseitiger Otitis media aufgenommen worden waren, gingen auf Seruminjection die Symptome rasch zurück; traten Spuren von Eiweiss im Harne auf, so genügten 1—2 Einspritzungen, um die Albuminurie zum Schwinden zu bringen. Unter dieser Behandlung beobachtete M. ferner ein rasches Abstossen der Rachennekrosen, Besserung des Allgemeinbefindens, Verlangsamung und Kräftigung des Pulses. War die Temperatursteigerung durch Secundärinfection mit Streptokokken bedingt, so sank das Fieber nach der Injection, während die normale Fiebercurve der uncomplicirten Scarlatina keine Beeinflussung erfuhr. Unangenehme Nebenwirkungen des Serums wurden nicht beobachtet. Verf. hebt zum Schluss die günstige Beeinflussung der Lymphadenitis und der Albuminurie, die Verhütung schwerer Complicationen bei Behandlung mit Antistreptokokkenserum hervor und empfiehlt dieses Mittel bei Behandlung des Scharlachs auf das Wärmste.

Abelmann.

Prof. A. Strümpell: «Ueber Untersuchung, Beurtheilung umd Behandlung von Unfallkrankheiten. — Münchener med. Wochschrift № 49 und 50. 1895.

Obwohl bei uns zu Lande die Unfallkranken nicht die Rolle wie im Westen spielen, dürfte dennoch die Strümpell'sche Arbeit auch für uns neben dem wissenschaftlichen Interesse ein practisches haben, da auch hier die Zahl derartiger Kranken im Zunehmen begriffen ist. Verf. hat die Krankheitszustände im Auge, soweit sie sich auf psychischem Gebiete abspielen, soweit sie «psychogener» Natur sind, Krankheiten die von Oppenheim unter den Namen «traumatische Neurosen» zusammengefasst sind, wobei jedoch zu bemerken ist, dass der Krankheitsbegriff an sich nichts Neues ist, sondern sich mit dem der functionellen Neurosen vollkommen deckt; es wird durch den neuen Ausdruck nur die äussere Entstehungsursache bezeichnet. Zu den zahlreichen Momenten, die ein disponirtes Nervensystem ins Wanken bringen und eine functionelle Neurose erzeugen können, gehört auch das Trauma, das dort um so intensiver wirkt, wo sich im Gehirn der Erkrankten bestimmte Vorstellungen mit der Erkrankung zugleich festsetzen, denn das punctum saliens der psychogenen Krankheiten bildet die «Vorstellung». Begünstigend wirkt auf den ganzen Vorgang im speciellen Fall die Unfallversicherung ein: «denn erst jetzt, nachdem diese Gesetze in Kraft getreten sind, tauchen in dem Bewusstsein des Versicherten alsbald nach dem Unfall die Fragen auf: «werde ich eine Rente erhalten», «wieviel werde ich erhalten», «um wieviel bin ich in meiner Arbeitsfähigkeit geschädigt worden»? «Die Verletzten werden somit jetzt in erhöhtem Masse veranlasst, auch nach der Heilung ihrer etwaigen anfänglichen Verletzungen sich mit ihrem Zustande zu beschäftigen, ihren Körper zu beobachten, ihre Leistungsfähigkeit zu beurtheilen und auf ihre subjectiven Empfindungen zu achten. Vor der Unfallsgesetzgebung war der Unfall für den Betroffenen weit eher ein abgeschlossenes Ereigniss, als jetzt, wo der Unfall mit seinen socialen Folgen für das ganze weitere Leben des Verletzten von Bedeutung werden kann». «Theils sind es also hypochondrische Vorstellungen, theils Begehrungsvorstellungen, welche sich allmählich in dem Bewusstsein der Verletzten immer mehr und mehr festsetzen, sich hemmend in alle Vorgänge der Willensbildung einmischen, eine ganze Reihe von vermeintlichen objectiven Störungen und subjectiven Empfindungen erzeugen,» wodurch es dann zur Ausbildung einer traumatischen Hysterie, resp. Neurasthenie u. s. w. kommt. Die

Eigenartigkeit dieser Neurosen ist darin gegeben, dass «das ursächliche Trauma durch die besonderen Verhältnisse zu einem ‹Unfall› in juristischem Sinne geworden ist». Daher spricht Verf. sich gegen den Ausdruck ‹traumatische Neurose› aus und proponirt statt dessen die Bezeichnung ‹Unfall-Hysterie›, ‹Unfall-Neurasthenie› u. s. w. Die Diagnose hat im gegebenen Fall zu entscheiden, ob ein organisches oder ein rein functionelles Leiden (‹Psychoneurose›) vorliegt, was oft nicht leicht ist, aber durch Berücksichtigung des Allgemeinzustandes des Kranken, zumal bei Ablenkung seiner Aufmerksamkeit während der Untersuchung auch in schwierigeren Fällen erleichtert wird. Verf. empfiehlt andererseits, auch deswegen grosse Vorsicht beim Untersuchen zu üben, weil man derartigen Kranken bei Erhebung der Anamnese sowohl wie beim Untersuchen oft Symptome suggeriren kann, ohne es zu wollen und zu wissen. Besondere Schwierigkeiten bereitet nach dem Verf. nicht selten bei Kopfverletzungen die differentielle Diagnose zwischen functionellen Neurosen einerseits und Commotio cerebri und Hirnblutungen anderseits, wobei zu beobachten sei, dass erstere auch und zusammen mit letzteren auftreten können. — Noch grössere Schwierigkeiten als die Diagnose biete die Behandlung und gutachtliche Beurtheilung der Kranken. In Bezug auf erstere habe der behandelnde Arzt vor Allem der Entstehung der Unfallneurose vorzubeugen, namentlich wo es sich um gleichzeitige Verletzungen handelt, denn erfahrungsgemäss entstehe die Neurose oft erst nach Ausheilung der körperlichen Verletzungen bei Wiederaufnahme der Arbeit. Die psychische Behandlung sei zeitig heranzuziehen. Der begutachtende Arzt aber müsse die Entschädigungsumme möglichst gering bemessen, ja wenn er von der wiedererlangten körperlichen Rüstigkeit des Erkrankten überzeugt sei, so soll er jegliche Entschädigungsansprüche zurückweisen, «dann gewöhnen die Kranken sich bald wieder an ihre Arbeit, vergessen den Unfall und die Sache ist abgemacht». Es sei noch ins Auge zu fassen «die Organisation eines Arbeitsnachweises für Unfallkranke mit herabgesetzter Leistungsfähigkeit».

W. Vierhuff, (Riga).

Dr. med. Paul Wulffius †.

Am 30. März a. c. starb hier in Moskau in seinem 67. Lebensjahre Dr. Paul Wulffius, langjähriger Oberarzt und Director des Moskauer städtischen Kinderhospitals des h. Wladimir. Mit ihm ist ein Mann aus dem Leben geschieden, dessen amtliche Stellung und persönliche Bedeutung es wohl rechtfertigen, wenn wir den in hiesigen Tagesblättern gleich nach dem Tode erschienenen Nachrufen auch einen in dieser Wochenschrift folgen lassen. Ist doch in Wulffius vor allen Dingen ein deutscher Arzt von uns gegangen — und zwar einer, der den deutschen Namen, die deutsche Art und die deutsche Wissenschaft stets hoch in Ehren gehalten und sie hier im Herzen Russlands zur vollsten Anerkennung zu bringen verstanden hat. — Geboren in Riga am 1. Januar 1830 und dort zum Studium auf der Hochschule vorgebildet, bezog Wulffius 1851 die heimathliche Universität Dorpat und absolvirte sie als Dr. med. im Jahre 1855. Als Kronsmediciner trat er zunächst die militärärztliche Laufbahn an, und obgleich diese ihn bald nach Eintritt in den Dienst weit, weit ab von seiner Heimath brachte, und er auch späterhin nie wieder dauernden Aufenthalt in ihr hat nehmen können, ist er doch stets ein treuer Sohn seiner engeren Heimath geblieben und ein begeisterter Jünger der Alma mater Dorpatensis, deren Wohl und Wehe er immer auf's lebhafteste mitverfolgt und mitempfunden hat. — 1857 machte W. eine Marine-Expedition nach dem Amur mit, kehrte 1862 reich an naturwissenschaftlichen und medicinischen Erfahrungen von dort zurück und im Besitze einer interessanten Sammlung zoologischer und botanischer Objecte, die er dann der Petersburger Academie der Wissenschaften darbrachte. 1863 wurde er zum Arzt an der Garde-Equipage in Petersburg ernannt, in deren Lazareth er die Besorgung der dabei bestehenden Kinderabtheilung zu übernehmen hatte. Die Arbeit auf dieser Abtheilung brachte ihn der Kinderheilkunde nahe, die später sein Specialfach wurde. Was ihm die Kinderabtheilung des Marine-Lazareths nicht zu bieten vermochte, holte er sich aus dem reichen Material des Oldenburger-Kinderhospitals, in dessen Ambulanz er eifrig mitarbeitete. Auf diese Weise bildete er sich zu einem anerkannt tüchtigen Kinderarzte aus, dem 1871 die Leitung des Petersburger Nicolai-Kinderkrankenhauses übertragen wurde. Von nun an widmete er sich ganz dieser Seite des ärztlichen Wirkens, erlangte hierin auch einen weitgehenden Ruf, und als es sich 1876 darum handelte, für das hierorts neuerrichtete Wladimir-Kinderhospital einen passenden Oberarzt zu finden, fiel die Wahl auf Dr. Paul Wulffius. Im Sommer 1876 siedelte er denn auch hierher nach Moskau über. Hier hatte er als Fremder — und wohl auch als nicht nationaler Russe in den ersten Jahren mit allerlei Schwierigkeiten und Widerwärtigkeiten zu kämpfen, aber Dank seiner Energie, seiner peinlichen Gewissenhaftigkeit, seinem strengen Gerechtigkeitssinne, seinem administrativen Talente und nicht in letzter Linie seiner umfangreichen medicinischen und allgemeinen Bildung gelang es ihm, alles ihm hindernd in den Weg tretende hinwegzuräumen, sich eine feste und geachtete Stellung zu erwerben und sein Hospital auf die Höhe zu bringen, zu welcher es von seinen Begründern bestimmt war — zu einer ‹Muster›-Anstalt im Herzen Russlands. Und das ist es auch heute noch und hat es, wie sein Curator, Fürst Alexei Schtscherbatow, in einem russischen Nachworte an Dr. W. besonders hervorhob, hauptsächlich der Umsicht und Thatkraft seines ersten Leiters, dem Dr. Paul Wulffius zu danken. — 20 Jahre hat W. auf diesem bedeutenden Posten gestanden, hier hat er auch seinen letzten Athem ausgehaucht. — Ueber W. als Administrator und Hospitaldirector herrschte nur eine Stimme der Anerkennung. Für die Liebe und Achtung, die er unter seinen Vorgesetzten, Mitarbeitern und Untergebenen genoss, legte ein beredtes Zeugniss ab deren überaus zahlreiche und warme Betheiligung an den Beerdigungsfeierlichkeiten, die vor Abfertigung der Hülle des Entschlafenen zur letzten Ruhestätte in Dorpat hier noch vollzogen wurden. Selten ist hier ein evangelischer Trauerzug mit so viel Kranzspenden und einem so zahlreichen Gefolge von Leuten verschiedenen Standes und verschiedener Nationalität gesehen worden. — Uns, den Aerzten, und speciell uns, seinen deutschen Collegen, hat W. noch in anderen Beziehungen nahe gestanden. Einmal waren wir gewohnt, in ihm einen vorzüglichen Consultanten für Kinderkrankheiten zu sehen, — auf diesem Gebiete konnte sich nicht so leicht jemand mit W. messen, daher wandte man sich auch so gerne in schwierigen Fällen an seine Erfahrung und sein Urtheil, und ferner stand er uns nahe durch sein persönliches, collegiales Verhalten uns gegenüber. Sein gastfreies Haus war der Sammelpunkt der deutschen Aerzte hier, und kam jemand aus Dorpat nach Moskau, so fand er schon deshalb bei W. a priori herzliche Aufnahme und freundlichstes Entgegenkommen. Daher tummelten wir Dorpatenser uns nur gar zu gern in seinen gastlichen Räumen, und die vielen Stunden, die wir in seinem und der Seinen Kreise verbracht haben, sie werden uns allen gewiss unvergesslich bleiben. Hier, im Schosse seiner Familie, sahen wir ihn auch seine glücklichsten Stunden verleben, — hier entfaltete sich sein reiches Gemüthsleben, sein heiterer, froher Geist, der seine Gesellschaft so anziehend machte, — hier sah man sein durchdringendes Auge hell aufleuchten, — hier hörte man ihn gern aus dem reichen Schatze seiner Erlebnisse und Erfahrungen in geistreicher Weise Mittheilungen machen. Aber auch in unseren wissenschaftlichen Vereinssitzungen hat er durch seine grosse Belesenheit, seine Fachkenntniss und seine Geistesschärfe stets anregend und belehrend gewirkt, — wir haben's immer nur bedauern können, dass ihm seine durch viele anderweitige Arbeit so sehr in Anspruch genommene Zeit es nicht gestattete, noch häufiger an diesen Sitzungen theilzunehmen. — Im September vorigen Jahres waren es 40 Jahre, dass W. als Doctor der Medicin Dorpat verlassen hatte; der Freundeskreis hatte es sich nicht nehmen lassen, diese Gelegenheit zu einer feierlichen zu gestalten. Dabei wurde namens des jüngeren der beiden hier bestehenden deutschen ärztlichen Vereine W. das Diplom eines Ehrenmitgliedes überreicht. Eines wie hohen Ansehens W. sich überhaupt in den deutschen Kreisen unserer Stadt zu erfreuen hatte, beweist noch der Umstand, dass er 1888 zum Präsidenten des Moskauer ev.-luth. Consistoriums gewählt wurde, welchen Posten er gleichfalls bis zu seinem Tode und — wie von berufener Seite betont wurde — mit ungewöhnlicher Umsicht und Sachkenntniss bekleidet hat. — W.'s Tod hat uns alle hier überrascht. Obgleich wir, seine Collegen, ihn in den letzten 3 Jahren nicht mehr für einen ganz gesunden Menschen halten durften — ein damals auftretendes und sich späterhin noch wiederholendes Augenübel (Netzhautblutungen) hatte das erste Signal für ein sich in ihm entwickelndes Blutgefäss- und Herzleiden abgegeben — so hatte doch die alte Frische und Spannkraft, die wir immer wieder und bis zuletzt noch an ihm wahrnehmen konnten, auch uns immer wieder neue Hoffnung für ihn eingeflösst und uns den Ernst seiner Situation manchmal vergessen lassen. Da am 20. März, verbreitete sich rasch die Kunde, dass ihn am Abend vorher ein überaus heftiger und anhaltender stenocardischer Anfall gepackt hätte. Doch auch von diesem erholte er sich zu Ostern wieder so weit, dass abermals neue Hoffnung die Seinen und uns, seine Freunde, zu beleben begann. Es sollte aber anders kommen. Schon am Sonnabend Morgen in der Osterwoche stellten sich, wenn auch mit geringerer Intensität, neue derartige Anfälle ein, — von diesen erholte er sich nicht mehr recht,

und am späten Abend desselben Tages noch, am 30. März, machte ein erneuter heftigerer Anfall Wulffius' mühevollem, aber auch freude- und erfolgreichem Leben ein rasches Ende. — Ein ganzer und bedeutender Mann ist in ihm vom Schauplatz abgetreten, ein Mann, um den mit den Seinigen viele Freunde, Dienstgenossen und frühere Patienten aufrichtig trauern, und der nicht so leicht zu ersetzen sein wird, — für uns Dorpatenser aber hat sein Scheiden noch eine ganz besondere und tieferuste Bedeutung. Die Zeit liegt nicht gar zu fern hinter uns, wo es unter den Oberärzten viele Dorpatenser gab, sie fangen an, selten unter uns zu werden. Dr Wulffius war in Moskau seit 9 Jahren der einzige und — wer weiss, am Ende gar auch der letzte. «Wir haben einen guten Mann begraben, uns war er mehr!»

Ehre seinem Andenken!

Moskau, den 30. April, 1896. W—g.

Vermischtes.

— Der VI. Congress russischer Aerzte, welcher vom 21. — 28. April d. J. in Kiew stattfand, ist recht zahlreich besucht gewesen, indem 1036 Aerzte sich an demselben betheiligt haben, von welchen 645 aus anderen Städten und 391 aus Kiew und Umgegend stammten. Unter den Theilnehmern befanden sich 385 freiprakticirende Aerzte, 200 Landschaftsärzte, 26 Landärzte, 73 Militärärzte, 63 Stadt- und Kreisärzte, 10 Sanitätsärzte, 33 Fabriksärzte, 17 freiprakticirende weibliche Aerzte, 125 Professoren, Docenten und Assistenten, 2 Gefängnissärzte, 2 Marineärzte und 1 Veterinärarzt. Zum ersten Vorsitzenden wurde Prof. Dr. Sklifassowski (St. Petersburg) zum zweiten Vorsitzenden der Landschaftsarzt Dr. Dmitrijew, Sanitätsarzt des St. Petersburger Gouvernements, und zu Schriftführern Prof. Ssinizyn (Chirurg) aus Moskau und Dr. Kortschak—Tschepurkowski, Sanitätsarzt der Kischinewschen Landschaft, gewählt. Ueber die Verhandlungen liegen noch keine genaueren Nachrichten vor. Der nächste Congress wird i. J. 1898 in Kasan tagen.

— Am 24. April vollendeten sich 50 Jahre seit dem Tode des berühmten Kasanschen Professors K. Fuchs, dessen Wirken von hervorragender Bedeutung für Kasan gewesen ist. Fuchs war Arzt, gleichzeitig aber auch Ethnograph und ein ausgezeichneter Forscher auf dem Gebiet der örtlichen Geschichte. Seine gemüthliche Art, seine Patienten zu behandeln, erwarben ihm allgemeine Liebe und in allen Schichten der dortigen Gesellschaft lebt die Erinnerung an ihn noch fort. Die Kasansche Gesellschaft für Geschichte, Archäologie und Ethnographie veranstaltete eine dem Andenken des Verstorbenen geweihte öffentliche Sitzung, in welcher Universitätslehrer die Bedeutung dieses hervorragenden Mannes beleuchteten. In der an diesem Tage abgehaltenen Dumasitzung gedachte das Stadthaupt der grossen Verdienste des Entschlafenen und die Duma beschloss, das Grab desselben auf Kosten der Stadt pflegen zu lassen und das Haus, welches einst Fuchs gehörte, mit einer Gedenktafel zu versehen. Ausserdem soll um den Kreml ein nach ihm benannter Square angelegt und eine Strasse der Stadt seinen Namen erhalten.

— Zum Secretär der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der hiesige Arzt Dr. W. Hubert gewählt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der militär-medicinischen Academie Ssirotinin (Therapeut) und Ssimanowski (Laryngolog) sind zu ordentlichen Professoren befördert worden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Tschudnowski auf dem Lehrstuhl der Diagnostik und allgemeinen Therapie an der militär-medicinischen Academie ist der Privatdocent Dr. M. Janowski, dem die interimistische Leitung der mit diesem Lehrstuhl verbundenen Klinik übertragen war, ernannt worden.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der pensionirte Militärarzt, Staatsrath Leo Grossmann im Alter von 77. Jahren. Der Hingeschiedene war noch ein Schüler der ehemaligen Wilnaschen medico-chirurgischen Academie, an welcher er im Jahre 1842 seine medicinischen Studien mit dem Arztgrade I. Classe absolvirte Nachdem er sich längere Zeit der Privatpraxis gewidmet, wurde er im J. 1868 zum Arzt der Intendantur-Verwaltung, des Odessaer Militärbezirks ernannt, bekleidete dann während des letzten türkischen Feldzuges den Posten eines älteren Arztes an einem Militärlazareth und fungirte nach dem Kriege als Arzt zu Abcommandirungen bei der Medicinalverwaltung des Odessaer Militärbezirks bis 1885, in welchem Jahr er seinen Abschied nahm. 2) In Sewastopel der praktische Arzt Heinr. Muskatblüth an Morbus Brigthii. Nach Absolvirung des Cursus in Kiew 1882 liess der Verstorbene sich als Specialist für Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten in Odessa nieder, siedelte aber später nach Sewastopel über. 3) In Taschkent der jüngere Ordinator am dortigen Militärhospitals Leonid Kamkin im 31. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene, welcher sich allgemeiner Liebe und Achtung erfreute, hat seine ganze Hinterlassenschaft im Betrage von ca. 800 Rbl. der medicinischen Unterstützungscasse vermacht. 4) In Paris der bekannte Kliniker Prof. Constantin Paul im 63. Lebensjahre. Er ist besonders bekannt geworden durch sein Werk über Herzkrankheiten. 5) In Dresden der frühere Director der Centralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Sachsen, Prof. Hugo Fleck.

— Der in Tilsit (Ostpreussen) in hohem Alter verstorbene ehemalige Gouvernements-Medicinalinspector von Saratow, wirkl. Staatsrath Dr. Leopold Kirchberg hat seine beiden Häuser in Saratow (im Werthe von 36,000 Rbl.) der Gesellschaft zur Fürsorge für minderjährige Verbrecher testamentarisch vermacht. Dr. Kirchberg stammte aus Tilsit und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1843—48 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde ebendaselbst war K. successive Arzt in Kursk und Jelezk, Medicinalinspector in Rjasan und zuletzt in Saratow. Seit 1870 lebte er in Tilsit.

— Dr. Otto Fischer ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Leipziger Universität ernannt worden. Er ist von Hanse aus Mathematiker, hat aber seit einer Reihe von Jahren, zuerst in Verbindung mit dem verstorbenen Prof. Braune, dann selbstständig die Mechanik des menschlichen Körpers zu seinem Specialstudium gemacht. (A. m. C.-Ztg.).

— An Stelle des nach Leipzig auf den Lehrstuhl für Dermatologie berufenen Prof. Dr. Riehl hat der Docent der Chirurgie an der Wiener Universität Dr. A. Fränkel die Redaction der Wiener klinischen Wochenschrift übernommen.

— Der III. internationale Congress für Dermatologie wird vom 4. — 8. August d. J. in London unter dem Präsidium von Jonathan Hutchinson stattfinden. Als Generalsecretär fungirt J. J. Pringle (23 Lower Seymour Street, London W.). Die Verhandlungen werden in englischer, französischer und deutscher Sprache geführt werden.

— Das St. Petersburger Stadtamt hat beschlossen, die ehemaligen Fabriksgebäude bei der Narw'schen Pforte, welche von dem verstorbenen reichen Fabrikanten Alafusow der Stadt testamentarisch vermacht worden sind, zu einem ständigen Krankenhause für 400 Syphiliskranke mit einer Abtheilung für syphilitische Kinder einzurichten.

— Die Cholera herrscht in erheblichem Grade in Ostindien. In Calcutta sind nach officiellen Daten in der Märzwoche 122 Personen der Seuche erlegen. — Seit dem Anfang des April-Monats ist die Cholera auch wieder in Alexandrien (Egypten) aufgetreten. Die Zahl der Erkrankungen beläuft sich auf ungefähr 10 Fälle täglich.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. April d. J. 8055 (157 wen. als in d. Vorw.), darunter 1220 Typhus — (132 wen.), 681 Syphilis — (12 wen.), 222 Scharlach — (1 mehr), 67 Diphtherie — (5 wen.), 104 Masern — (9 wen.) und 70 Pockenkranke — (12 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. April 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
390	340	730	143	68	155	17	11	28	76	54	63	41	32	26	15	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 23, Febris recurrens 9, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 28, Scharlach 30, Diphtherie 13, Croup 1, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 33, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 47, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 6. Mai 1896.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber Magendurchleuchtung nebst Demonstration.

Bad Salzbrunn. Angezeigt bei Erkrankungen des Halses, der Luftröhre und Lungen, bei Magen- und Darmkatarrh, bei Leberkrankheiten (Gallensteinen), bei harnsaurer Diathese (Gicht), bei Diabetes.

Pyrmont. Heilanzeigen: Zögernde Reconvalescenz, Blutarmuthszustände, Nervenleiden, Frauenkrankheiten, Scrophulose, Rhachitis, Rheumatismus, Gicht, chronische Herzkrankheiten, Magen- u. Darmkatarrhe, Nieren- u. Blasenleiden etc.

Marienbad. Wirksam gegen Krankheiten des Magens, der Leber, Stauung im Pfortadersystem, Gallensteine, Blasenleiden, Frauenkrankheiten, allgemeine Erkrankungen, Fettleibigkeit, Gicht, Blutarmuth, Zuckerkrankheit etc.

Wildbad. Seit Jahrhunderten bewährte Heilquellen gegen chronischen und acuten Rheumatismus und Gicht, Nerven- und Rückenmarksleiden, Folgen von Lähmungen aller Art, örtliche wie allgemeine, Ischias, Verletzungen, chronische Leiden, der Knochen und Gelenke, chronische Verdauungsstörungen Katarrhe der Luftwege, Harnbeschwerden, Frauenkrankheiten Erschöpfung der Kräfte etc.

Bad Elster. Heilanzeigen: Störungen der Ernährung und Constitution mit Blutarmuth und fehlerhafter Blutmischung, Frauenkrankheiten, besonders chronische Entzündungen und Exsudate, chronische Nervenleiden, besonders Neurasthenie, Basedow'sche Krankheit, Neuralgien, spec. Ischias, periphere Lähmungen, chronische Entzündungen des Rückenmarks, chronische Herzleiden, chronische Katarrhe der Verdauungswege, Dyspepsie, habituelle Obstruction, Störungen der Säftemischung mit Verlangsamung des Stoffwechsels, nicht selten unter gleichzeitiger krankhafter Veränderung der Leber, Fettleibigkeit, torpide Skrophulose, chronischer Rheumatismus, Gicht.

Bad Nauheim. Zur Behandlung kommen vorzugsweise Krankheiten des Rückenmarkes (spec. Tabes) und der peripheren Nerven, Rheumatismus, Gicht, Frauenkrankheiten (besonders Exsudate),Scrophulose, chronische Katarrhe, und als Specialität: Herzkrankheiten resp. Kreislaufstörungen.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

WILDBAD

Württemberg. — Schwarzwald.

Hauptsaison von Mai bis October.

Von **Pforzheim** in **einer** Stunde, von **Stuttgart** in **drei** Stunden mit der Eisenbahn erreichbar.

Neben den best eingerichteten Thermalbädern (vortreffl. geschultes Wärterpersonal) weitere Kurmittel: Dampf- und Heissluftbäder, schwed. Heilgymnastik im neuen Prachtbau **«König-Karls-Bad»**, Electrotherapie, Massage. Luft- und Molkenkuren.

Herrliche Tannenwälder, Waldwege und Anlagen an der Enz. Kurorchester von 33 Mann. Theater, Jagd auf Hoch- und Niederwild, Fischerei (Forellen). Comfortable Hotels und Privatwohnungen.

Prospecte und jede gewünschte Auskunft durch die **K. Badverwaltung** oder das **Stadtschultheissenamt**. (18) 2—2

Wildbad (Württemberg).

Hôtel Klumpp

Wildbad (Württemberg).

am Curplatz

gegenüber den Kgl. Badgebäuden und in unmittelbarer Nähe des Kgl. Parks.

◆◆ 2 hydraulische Personenaufzüge. ◆◆

Grösstes Hôtel I. Ranges am Platze mit allen Einrichtungen der Neuzeit; sowie einer **reizenden Gartenanlage** über dem Enzbett zwischen d. Hôtels. **Ausgezeichnete Küche und Keller**, sowie gute Bedienung.

Table d'hôte. Restaurant (18) 2—2

Ermässigte Zimmerpreise für den Monat Mai bis Mitte Juni u. wieder für Septemb.

MARIENBAD

(BÖHMEN) Weltcurort

ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldbergen, mit dem stärksten sämmtlicher bekannter Glaubersalzwässer, dem kräftigsten der reinen Eisenwässer, dem eisenreichsten aller Mineralmoore.

Neuerbaute zweckmässigst eingerichtete Badeanstalten mit Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbädern, Kaltwasserheilanstalt.

Massage u. schwedische Heilgymnastik i. d. mediko-mechanischen Zander-Anstalt. — Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadtbeleuchtung. — Hochquellenwasserleitung.

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- und Radfahr-Club. — Gedeckte u. offene Reitbahn, Pensionsstallung. — Jugendspielplätze. — Lawn-Tennis. — Internrb. Telefon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 18.000 (excl. Passanten).

Prospecte und Brochüren gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. 3/4 Lit. Inhalt. **Natürliches Marienbader Brunnensalz**, pulv. u. kryst. (0 862 gr. pulv. Salz entsprechend 100 gr. Mineralw.). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. od. dosirt zu 5 gr. in Cartons. **Marienbader Brunnen-Pastillen** in Orig.-Schachteln.

FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensalz. In allen Mineralwasser-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Brunnen-Versendung, Marienbad.

SEE-BAD

HUNGERBURG

bei Narva, baltische Eisenbahn, 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher breiter Strand 5 Werst lang, 5□ Werst Fichtenwald. Absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik, Lawn-Tenniesplätze, Parkanlagen. Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwasser. Vorzüglich eingerichtete Wasserheilanstalt. Wannen-, See- und Süsswässerbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder. Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen mit Abkühlung bis zu 4° R. Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer und statischer Elektricität, bipolare elektrische Bäder, Suspensionsbehandlung, Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene. Nähere Auskünfte ertheilen Herr Apotheker **Abrahamson**, Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug**. Wosskressensky Prosp. № 17 Q. 23, Montag, Mittwoch und Freitag 7—9 Uhr Abend's.

Fruchtweine

Johannisbeerwein, weiß und roth, **Stachelbeerwein. Heidelbeerwein.** Wir offeriren unsere **sämmtlichen Fruchtweine** per Flasche **75 Pfg.** excl. In Gebinden von 20 Liter an mit **1** Mark per Liter excl. Bei Entnahme von 50 Flaschen und größeren Gebinden Engros-Preise. Aerzten, Apothekern, Krankenhäusern auf Wunsch Proben gratis und franko. Auf der Berliner Gewerbe-Ausstellung kommen unsere sämmtl. Fruchtweine in der Kosthalle der Berliner Groß-Destillateure glasweise zum Ausschank.

Eugen Neumann & Co.,

Obst- und Beerenweinkelterei, Berlin, Hollmannstr. 16.

Unsere Kellereien sind jeden Dienstag und **Freitag Nachmittag von 3 bis 6 Uhr** zur gefälligen Besichtigung geöffnet, und werden auch auf Wunsch **Proben gratis** gegeben.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October. — Frequenz: 13 — 14000.

Station der Hannov.-Altenb.-Eisenb. u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim - Cöln-Paris.

Aeltester Kurort Deutschlands mit **weltbekannten, kräftigen Stahlquellen** u. **Eisenmoorlagern**, vorzügl. **Kochsalz-Säuerling** zu **Trinkkuren** u. **gehaltr. Soolen. Stahl-, Moor- u. Soolbäder modernster Einrichtung. Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. — Freundl. anmuth. Platz, Hochdruckwasserleitung, vorz. Trinkwasser, ausgedehnter Kurpark, uralte Alleen, Lawn-tennis-Plätze, electr. Beleuchtung, Bergbahn z. nahen Hochwald, eleg. Bergrestaurant, Kurkapelle, Theater, Bälle, Rennen, freie Jagd u. Fischerei. Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**

Dr. **Köllder's** Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. **Wartb. Eisenach**, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Prosp. gr. u. fr.

Vom 1. Juni ab practicire ich wieder in

Bad Reinerz.

San Remo im Mai.

Sanitätsrath Dr. **Secchi.**

Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder am 24. Mai.

Kolberg
war 1895 von 10,011 **wirklichen Kurgästen** besucht.
Fremdenverkehr während der Kurzeit über 20.000 Eisenbahn-Sommerfahrkarten. Neu eingelegter Nachtzug von und nach Berlin.

Dampfer-Verbindung mit Bornholm, Kopenhagen, Heringdorf u. Rügen.

Telephon-Verbindung mit Berlin, Stettin und anderen Städten.

Kolberg
verbindet gleichzeitig **See- u. natürliche Soolbäder**.
Starker Wellenschlag. Feinsandiger stein- und schlammfreier Strand.
Warme See- und kohlensäurehaltige Soolbäder.

Dampf- und Moorbäder, Inhalatorien, Heilgymnastik und Massage.
Ausgedehnte Park- und Gartenanlagen.
3 Kilometer lange **Dünenpromenade.**

KOLBERG
See- und Solbad

See- und Soolbad.

Kolberg
hat Wasserleitung mit Hochdruck Kanalisation. Städtischer Schlachthof
Verkaufsstellen guter Milch, Molken, sowie aller Arten Brunnen zu Trinkkuren. 13 Aerzte, 3 Apotheken.
Grosser Promenadensteg in See.

Kolberg
hat eigenes Theater mit guter Oper, Militär-Kapelle,
Spielplätze und Lesehalle.
Wasser und Buschcorsos.
Réunions, Ballgesellschaften und Kinderfeste.

Grosse Auswahl von Wohnungen zu mässsigen Preisen.

BAD ELSTER, Königreich Sachsen.

Directe Eilzugsverbindung mit den Hauptstädten — 491 Meter über dem Meere — von dicht bewaldeten Bergen umkränzt, reizend gelegen. Der Curort erfreut sich reinster Gebirgsluft, ist inmitten meilenweiter Waldungen vor starken Winden geschützt, parkartig angelegt, besitzt vorzügliche Quellwasserleitung. Klima gebirgsfrisch, doch im Ganzen milde und auffallend gleichmässig.

Zwölf **alkalische salinische Eisensäuerlinge**, sich abstufend von den mildesten bis zu den stärksten und eine kräftige **Glaubersalzquelle**. Von den fünf zu Trinkkuren benutzten Heilquellen enthält die Moritzquelle 0,09 Eisenoxydul im Liter, so dass sie zu den stärksten Stahlquellen Deutschlands zählt, die Königsquelle neben 0,08 Eisenoxydul zugleich 0,11 Lithionbicarbonat. Milch-, Molken-, Kefirkuren. **Kohlensäurereiche Stahlbäder**, als vorzüglich anerkannte **Eisenmoorbäder**, electrische und Fichtennadelbäder, kohlensäure Bäder, System Fr. Keller, künstliche Salz- und Soolbäder, Dampfbäder, Electrische und Kaltwasser-Kur, Massage. — Die Kureinrichtungen sind «in jeder Beziehung ausgezeichnet». (Seegen, Kisch, Thilenius u. A.).

Curzeit vom 1. Mai bis 30. September.

Frequenz 1895: 7460 Personen. Vom 1. bis 15. Mai und vom 1.—30. September ermässigte Bäderpreise, sowie vom 1. September ab halbe Curtaxe. Gutes Curorchester und Sommertheater, Künstlerconcerte. Neues prachtvolles Curhaus mit Concert-, Speise-, Spiel-, Gesellschafts- und Lesezimmer. Electrische Beleuchtung. Protestantischer und katholischer Gottesdienst. Spielplätze für Kinder und Erwachsene (u. A. Lawn-Tennis). Reizende Umgebung. (39) 2—2.

Ausführliche Prospecte postfrei durch die **Königliche Baddirection.**

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst
die Badeverwaltung.
(38) 7—2

Kissingen. Dr. C. Dapper's Sanatorium
Neues Kurhaus

Für **Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht** (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie** (Mastkuren). Geöffnet **April — Januar.** Prospecte. (17) 18—5.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen
Salzbrunn Ober Schutz-Marke
als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Fuhrbach & Striebolì, Salzbrunn i./Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(31) 10—2.

BAD KISSINGEN
Dr. von Sohlern'sche Heilanstalt
für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkranke.
das ganze Jahr geöffnet.
Prospecte gratis.
(43) 16—3. **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Pädagogium Thale a. Harz,
unter dem Protectorat Sr. Hoheit des Prinzen Eduard v. Anhalt.
Lehr- und Erziehungsanstalt für deutsche und ausländ. Knaben. Gesunder Aufenthalt, gute Pflege. Individuell. u. energisch. Unterricht. Beste Empfehlung. Prospecte.
(13) 6—4. **Dr. Lohmann.**

Aerztliche Kurpension
NORDERNEY
Auskunft durch
Sanitätsrath Dr. Kruse. Dr. Menke.

Dr. Schuster
BAD NAUHEIM.

SOURCES DE L'ÉTAT
VICHY
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source

CUR- UND SEEBAD PERNAU

in Livland.

Saison vom 20. Mai bis 31. August.

Nähere Auskünfte durch die Badecommission. (21) 4—4.

Saison 1. Mai—1. Oct.

Bad Nauheim

Frequenz 14136

bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, reine Luft. Ausgezeichnet durch die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badestrudel (30—34° C.)**, ermöglicht mehr, als irgend ein anderer Badeort die Anwendung der verschiedenartigsten Bäderformen von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden kohlensäurereichen Thermalsoolbädern**, die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Einzig in ihrer Art, sind die naturwarmen, ungemein kohlensäurereichen Sprudelstrombäder. Sonstige Kurmittel: **zwei salinische** und **eine alkalische Trinkquelle, Milch- und Molkenkur, elektrische Bäder, Douchebäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institute für schwedische Heilgymnastik** und **Massage, Medico-mechanisches Zander-Institut, Traubenkur, Terrainkur etc.**

Unterhaltungen: grosser, schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert- und Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 36 Musiker starke Kurkapelle, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See, Lawn-Tennis etc. In nächster Nähe ausgedehnte Waldungen mit zahlreichen neu angelegten Wegen. Die Stadt ist jetzt vollständig kanalisirt und mit Klärbeckenanlage versehen. Ein neues Wasserwerk liefert gesundes Trinkwasser in alle Häuser (Wasserspülung). Kurhaus, Anlagen und einzelne Theile der Stadt sind electrisch beleuchtet. Jede Auskunft ertheilt gerne:

(30) 2—2 Der Vorstand des Kur- und Verschönerungsvereins: **August Wagner.**

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Drogueisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven. Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.



Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen. Kopf- und Zahnbürsten. Guttapercha u. Hornkämme, Zubehör für Massage.

General-Agentur für:

Kindermehl und condensirte Milch von Nestle in Vevey.

Nährmittel „Maltos Cannabis“ aus der Fabrik «Rothes Kreuz» in Stockholm.

Kräuter-Bonbon „Ketty Boss“ B. Semadeni.

Illustrirter Preiscourant gratis. (4) 8—4.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (2) 12—2

Bad Nauheim, Dr. med. C. Beste.

Einem unverheiratheten Arzt kann eine Stelle d. Apoth. A. Rittenberg, м-ко Прели (Витебск. губ.) nachgew. werden.

Formalin-Gelatine-Hertel,

ein neues geruchloses Antisepticum in Pulverform.

Packungen à ℥I = 50 Cop.

Waldwollextract-Hertel,

aus nur reinen aromatischen Fichtennadeln bereitet.

Füllungen à ℥XII = 25 Cop.

Darstellung en gros in der Apotheke von Magister **J. HERTEL in Mitau.**

Verkauf in den Apotheken und Droguenhandlungen.

Dem praktischen Arzte

dringend zu empfehlen:

„EXCERPTA MEDICA.“

Kurze monatliche Journalauszüge aus der gesammten Fachlitteratur zum Gebrauche für den praktischen Arzt.

Preis **M. 4. = Fr. 5** pro Jahr.

Verlag von **Carl Sallmann** in Basel und Leipzig.

Probehefte stets gratis und franco.

Verlag von Julius Springer in Berlin N.

Soeben erschien:

Lehrbuch der Geburtshülfe

von

Dr. Max Runge

Ord. Professor der Geburtshülfe u. Gynäkologie und Director der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen.

Mit zahlreichen Abbildungen im Text.

Dritte Auflage.

Eleg. in Leinwand geb. M. 10,—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп д. 5, кв. 18.

Marie Mohl, В. О. 1, л. 44, кв. 3.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11 кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул домъ 22/14, кв. 25.

Дозв. ценз. Спб. 4 Мая 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 11. (23). Mai **1896**

Indicationen bei Uterus-Myomen.

Von

L. Kessler.

Vorgetragen auf dem VII. Livländischen Aerztetag in Wenden. 16. September 1895.

M. H.! Vor einem Jahre hörte ich den ersten Vertreter der gynäkologischen Wissenschaft an der Berliner Universität bei Gelegenheit einer klinischen Myomvorstellung seinem Auditorium sagen: «Sie müssen nicht glauben, dass wir alle Myome, die uns zugehen, operiren; wir operiren nur ungefähr 10% derselben;» ein zweiter Lehrer derselben Hochschule bestätigte mir dies. Und in diesem Jahr, vor 2 Monaten, erklärte mir ein von uns allen hochgeschätzter hervorragender deutscher Gynäkolog — und ich könnte noch andere nennen, von denen ich überzeugt bin, dass sie ebenso handeln: «Ich operire jedes Myom, das sich operiren lässt, d. h., falls die Operation überhaupt technisch ausführbar ist und die Kranke ihre Zustimmung giebt» — was — bei der so weit vorgeschrittenen Technik einerseits, der im Publicum so sehr reducirten (ja in Deutschland schon fast ins Gegentheil umschlagenden) geringen Scheu vor Operationen andererseits — beides zusammen kaum 10% Behinderungen der Ausführung der Operation ergeben dürfte d. i. 90% Operationen gegenüber obigen 10%! — also ausserordentlich verschiedene Standpunkte und offenbar sehr entgegengesetzte Ansichten der gynäkol. Autoritäten in einer so wichtigen Frage, wie die Myome es sind — nicht nur ihrer Häufigkeit[1]) wegen, sondern auch wegen der Schwere der klinischen Erscheinungen die sie machen so wie endlich wegen der Grösse des Eingriffs, den Myomoperationen in der Mehrzahl der Fälle doch darstellen. Um so auffallender daher dieser Mangel an Uebereinstimmung; um so wichtiger aber auch für jeden Arzt, selbst einigermaassen Stellung zur Frage zu gewinnen; denn jedem, auch dem Nichtoperirenden, und namentlich auch dem Hausarzt, muss es in hohem Grad gelegen sein, selbst die Indicationen bei einem ihm sich präsentirenden Myom richtig stellen zu können: einmal erleichtert es seiner Patientin ausserordentlich, und um so mehr den immerhin schweren Entschluss und Schritt zu einer weiterhin vom Specialisten ihr vielleicht dringend anempfohlenen Operation, je mehr und je eingehender und bestimmter schon der Hausarzt sie auf die Nothwendigkeit einer solchen vorbereitet hatte — das ist etwas, was jeder Operateur alltäglich beobachtet; — ausserdem wird das Vertrauen zum Hausarzt wesentlich gesteigert und seine Stellung nur noch um so mehr gewinnen, je mehr seine Aussagen auch in's Detail hinein mit den späteren des Specialisten in Einklang sich befinden.

Unter diesen Verhältnissen glaubte ich vielleicht auf Ihre Zustimmung hoffen zu dürfen, wenn ich eine Orientirung über diejenigen Gesichtspunkte versuchte, welche bei der Stellung der Indicationen bei Myomen, bei der eine Uebereinstimmung bisher noch nicht zu bestehen scheint, als maassgebende in Betracht kommen müssen.

M. H.! Zur Erklärung der Eingangs erwähnten so differenten Standpunkte genügt die Berufung auf die Thatsache, dass der eine Gynäkolog eben operationslustiger, schneller mit dem Messer bei der Hand ist als der andere, für sich allein doch nicht; wie jeder Arzt, so hat auch der einer grossen Universitäts-Klinik vorstehende nur auf ganz stricte und präcise Indicationen hin zu handeln; in jedem einzelnen Fall hat er diese gewissenhaft zu stellen, ehe er Hand anlegt. Es müssen also ausser jenem Beweggrund noch andere wesentlich mitspielen; es müssen entweder die Indicationen bei Myomen ganz enorm dehnbar sein, oder es müsste in dem einen zwischen obigen beiden Aeusserungen liegenden Jahr ein enormer Umschwung in den dabei leitenden Anschauungen eingetreten sein.

Prüfen wir zunächst die letztere Seite der Sache.

Ihnen allen wird um so mehr, je weiter zurück die Zeit liegt, in welcher Sie die ersten Kenntnisse über das Myoma gewonnen haben, mit diesem Begriff der der Gutartigkeit sich verbinden; von jeher sind in dieser

[1]) Cf. diese Wochenschr. 1895, pag. 313.

Beziehung die Myome den Carcinomen, Sarkomen etc. als den bösartigen gegenübergestellt worden.

Die Myome wachsen wohl — lehrte man uns weiter — einige auch recht schnell, die übrigen aber langsam, und machen ja dann wohl auch Beschwerden, aber sie bedrohen nicht in der Weise direct das Leben, wie die malignen Neubildungen oder wie die unaufhaltsam in's schier Maasslose sich vergrössernden Ovarialkystome; und daher galten die Myome im Allg. als ein noli me tangére so lang es irgend anging. Nur die submucösen mit ihren Blutungen! ja die Blutungen — das war ein Kreuz der älteren Gynäkologen. Da versuchte man alle möglichen Medicamente — innerlich und local, und wenn sie nicht halfen, so wartete man wieder und hoffte und wartete auf die Zeit, die alle Blutungen stillen, dem Wachsthum Einhalt thun und die Beschwerden mindern und zum Schwinden bringen sollte: das ersehnte Klimacterium! — Gar manche Kranke aber hat sich darüber ausgeblutet und ist langsam erlegen. Aber Operiren — wie wenige wagten damals, wenn es sich dabei um eine Laparotomie handeln sollte, diese «heroische» Operation, wie Schröder[2]) noch 1875 sie nennt, sobald dabei «entweder der Tumor auf grössere Strecken vom Uterus abgetrennt oder der Uterus und seine Anhänge wenigstens zum Theil mit entfernt werden mussten», — «heroisch» auf Grund des Ergebnisses seiner Statistik, welche damals 65 % Todesfälle ergab, wenn dieselbe ohne, und 75 % Mortalität wenn sie mit Entfernung des Uterus ausgeführt wurde.

Das alles zusammen ist der Grund, dass diejenigen unter uns, deren Lehrzeit auch nur 15—20 Jahre zurückdatirt, in dieser Myomoperationen kaum zu sehen bekommen haben.

Zu Grunde gegangen sind viele Kranke über diesem Warten, aber die folgenden Generationen haben den Nutzen davon gehabt: man hat dabei

1) das klinische weitere Verhalten der Myome ohne Operation beobachten können und kennen gelernt; und man hat

2) als man darauf hin zu der Einsicht kam, dass es ohne Operiren doch noch viel schlimmer sei und sich zum öfteren Eingreifen allmählich immer mehr entschloss, operiren gelernt und Resultate erzielt, die zum Glänzendsten gehören was die moderne Chirurgie überhaupt aufweist.

Beides ist für unsere weitere Betrachtung von fundamentaler Bedeutung und muss kurz weiter ausgeführt werden, da unsere weiteren Schlussfolgerungen wesentlich davon abhängen.

Also: Man hat die Myome allmählich besser kennen gelernt und dabei haben sie leider von der guten Meinung, die man früher von ihnen hatte, viel eingebüsst.

1) Bezüglich ihres Verhaltens im Klimakterium. Zahlreiche Beobachtungen erweckten gerechten Zweifel an der Richtigkeit des früher allgemein geglaubten, «dass diese Zeit eine günstige Wendung herbeiführe». Daraufhin liess P. Müller (Bern)[3]) 229 Fälle aus seiner Klinik, über welche eine längere Beobachtungszeit vorlag, zusammenstellen und genauer bearbeiten; es ergab sich, dass über die Hälfte derselben erst nach dem 45. Jahr die Klinik aufgesucht hatten; — welchen Umstand Müller gewiss richtig so deutet, «dass die Folgen des Fibromyoms auch nach dem ins 45. Lebensjahr verlegten Erlöschen der Geschlechtsthätigkeit andauere»; und aus 36 Fällen speciell konnte der Schluss gezogen werden, «dass bei einer ansehnlichen Anzahl von Myomen die Klimax keinen günstigen, sondern eher ungünstigen Einfluss ausübt. Dieser ungünstige Einfluss machte sich in dem Material der Klinik so bemerkbar, dass derselbe die Therapie wesentlich beeinflussen musste». Und der erfahrene Veit sen.[4]) fügt dann hinzu, dass, wenn Myome im späteren Lebensalter zurückgehen, dies immer erst 2 oder 3 Jahre nach Beginn der Menopause, das ist also, da bei Anwesenheit von Myomen die Blutungen gewöhnlich bis in das 52. und 53. (nach anderen auch 56.) Jahr fortdauern, erst im Alter von 54—56 Jahren eintrete. «Um also von diesem natürlichen Heilungsprocess Nutzen zu ziehen, müssen die Kranken das Glück haben, durch die von den Blutungen etc. drohenden Gefahren hindurch in ein höheres Lebensalter zu gelangen; und einem Bruchtheil der Kranken, die alt genug werden, wird die Hoffnung noch getäuscht, weil inzwischen Adhäsionen zu Stande gekommen sind, die ihrerseits neue Gefäss- und Ernährungszufuhr zu den Myomen von anderen Wegen her vermittelt haben». Und um nur einen Autor noch zu citiren — A. Martin[5]): «nur zu oft habe ich Myome gesehen, die erst nach dem Klimakterium zu wachsen angefangen.»

2) Die Adhäsionen, welche bei längerem Bestand der Myome durch die von diesem gesetzte Reizung des Peritoneums und die dadurch bedingten circumscripten Peritonitiden so häufig entstehen und die dann etwa unumgänglich nothwendig werdende Operation so ungemein erschweren können, um so mehr als sie, wie auch Küstner (Grundzüge der Gyn. p. 127) betont, meist sehr fest und, was praktisch von hoher Bedeutung ist, sehr gefässreich sind. Wir haben ein ca. mannskopfgrosses Myom exstirpirt, welches kaum einige Quadratcentimeter freie Oberfläche aufwies; nach Eröffnung der Bauchhöhle schien es durchaus fraglich, ob die technischen Schwierigkeiten der Auslösung sich ohne directe Gefährdung des Lebens würden überwinden lassen[6]). — Es scheint, dass bei Anwesenheit von Myomen geringe Insulte schon genügen, immer neue peritoneale Reizungen zu setzen und es liegt auf der Hand, wie sehr die schwer arbeitende Classe diesen also ausgesetzt ist.

3) Die Blutungen — von Alters her bekannt und gefürchtet — aber erst die neuere Zeit hat ihre so weit gehende und nachhaltige Rückwirkung auf Untergrabung der Constitution richtig würdigen gelehrt. Mit Recht betont namentlich auch Martin in seinem Lehrbuch[7]) «dass viel häufiger noch als durch die Entblutung an sich diese Frauen zu Grunde gehen durch die Aufhebung ihrer Widerstandsfähigkeit gegen die schädlichen Einwirkungen des täglichen Lebens; ihr Circulationsapparat wird insufficient, ihre Blutbereitung wird derartig verändert, dass sie zu Thrombosen und Embolien disponirt sind; die Ernährung der Kranken hört vollständig auf, und geringfügige Erkrankungen führen den Tod herbei; lebenswichtige Organe degeneriren und mancher Fall ist, wenn man sich schliesslich doch noch zur Operation entschloss, nach glücklichem Ablauf des Eingriffes selbst und gut begonnener Reconvalescenz in dieser plötzlich zu Grunde gegangen, weil das bereits fettig degenerirte «Myomherz» versagte[8]) — eine Folge des zu langen Abwartens und Gehenlassens.

Bekannt sind uns ferner 4) die bisweilen wie es scheint spontan, wenigstens ohne nachweisbare Veranlassung, bisweilen vielleicht in Folge von in der Nähe vorhandenen Eiterdepots — (Pyosalpinx wird dafür verantwortlich gemacht — so in einem Fall von Ott) in anderen Fäl-

[2]) Schroeder, C.: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. 2. Aufl. p. 240.

[3]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. 4. Congress. Bonn 1891, p. 284.

[4]) Ibid. p. 288.

[5]) Martin A., Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten. 3. Aufl. 1893, p. 233.

[6]) S. diese Wochenschrift 1894, Nr. 38.

[7]) l. c. p. 250.

[8]) So und A. in einem Fall von Edebohls am 30. Tag post oper. The New-York Journal of Gyn. a. Obst. 1893, p. 612.

len in Folge ungeeigneter therapeutischer Maassnahmen — (namentlich anhaltender Ergotingebrauch und Electrotherapie werden angeschuldigt) — eintretende Gangrän oder Verjauchung der Myome, bisweilen mit Ausgang in Sepsis (so namentlich auch bei Complication mit Schwangerschaft und Geburt) — und Tod, wenn nicht im letzten Augenblick noch eine Radicaloperation rettend eingriff[9]).

5) Bekannt weiter die teleangiektatische und die cystische Degeneration, die zu besonders rapidem Wachsthum und peritonealen Reizungen führt; so wie die ja allerdigs selteneren Torsionen und Umstülpungen der Gebärmutter durch Myome — mit ihren Folgezuständen.

6) Der in neuerer Zeit sicher nachgewiesene directe Uebergang von Myom in Sarkom, also in eine maligne Form sensu strictiori.

7) Compressionserscheinungen und Rückwirkungen, sei es durch localen Druck auf die Nachbarorgane, sei es durch allgemeine Raumbeengung in der Bauchhöhle. Durch ersteres relativ häufig Harn- und Stuhlbeschwerden resp. Verhaltung (Ischurie nicht so gar selten); Tuffier[10]) musste einer vor 2 Jahren wegen Uterusfibroms bereits einmal laparotomirten 48-jährigen Frau. bei der sich innerhalb dieser 2 Jahre wieder ein Tumor bis zur Grösse des im 10. Monat schwangeren Uterus gebildet hatte, die abdominale Hysterektomie machen, weil seit 14 Tagen Dysurie, seit 4 Tagen vollständige Anurie bestand; in der Blase war kein Tropfen Urin, dabei häufiges Erbrechen, Meteorismus. absolute Stuhlverhaltung seit mehreren Tagen. Die urämischen Erscheinungen dauerten nach der Operation noch 3 Tage an (schliesslich völlige Genesung). Vahlen[11]) berichtet über einen durch Section bestätigten Fall von Gangrän der hinteren Blasenwand bei einer 48-jährigen Frau in Folge incarcerirten Myoms des fundus uteri.

Die allgemeine Raumbeengung muss naturgemäss eintreten und die höchsten Grade erreichen bei Complication mit Schwangerschaft, auch wir haben vor kurzem einen von zahlreichen Myomen be- und durchsetzten, im 6. Monat bereits hinter den Rippenbogen hinaufreichenden Uterus exstirpiren müssen, weil Patientin schon lieber hungern wollte, als den Qualen, welche jede Nahrungsaufnahme ihr bereitete, sich weiter aussetzen.

Nehmen Sie, M. H.! endlich noch hinzu, wie sehr durch die genannten Folgezustände sowohl die Erwerbsfähigkeit als auch jegliche Freude am Leben, jeder Lebensgenuss beeinträchtigt oder gar gänzlich vernichtet werden können[12]) so müssen wir doch sagen, dass durch alles dies das Bild der Gutartigkeit dieser Geschwulstform recht sehr verschleiert wird.

Um von der Frequenz dieser beim Abwarten eintretenden ungünstigen Wendungen eine Vorstellung zu geben, nenne ich Ihnen folgende Ziffern, die Martin aus seinem eigenen Material zusammengestellt hat:

Unter 408 Fällen von Myom fand sich dieses

Vereitert	21	mal
Cystisch degenerirt .	12	»
Teleangiektatisch .	12	»
Sarkomatös . . .	9	»

also in 54 Fällen das Myom selbst in einer gefahrdrohenden Weise verändert; ausserdem 9 mal Lebensgefahr durch Complication mit Schwangerschaft; 63 Fälle von 408! ferner 14 Fälle, in denen der myomatöse Uterus gleichzeitig carcinomkrank und 44 Fälle, in denen neben dem Myom Complication mit Adnexerkrankungen (11 mal Pyosalpinx) vorhanden war. Dazu kommen dann noch als weitere durchaus ungünstige Fälle die zahlreichen, in denen die Prognose durch die damit verbundenen Blutungen und deren Folgezustände zu einer durchaus bedenklichen gemacht wird.

M. H.! Es ist aus dem bisherigen wohl genügend ersichtlich, dass vom klinischen Standpunkte aus Gutartigkeit den Myomen nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse nicht mehr nachgesagt werden kann. Daraus folgt aber von selbst, dass auch unser therapeutisches Vorgehen, unsere Indicationsausstellung ihnen gegenüber eine andere werden resp. geworden sein muss, — und darf nach allem Gesagten auch das nicht mehr zweifelhaft erscheinen, dass je länger einem Myom Zeit gelassen wird. desto schwerere Schädigungen der Trägerin desselben erwachsen können, so wird es auch nicht mehr zweifelhaft sein können, dass je früher wir gegen dasselbe vorgehen, desto weniger jene schädlichen Folgen zur Entwickelung gelangen, desto sicherer die Gesundheit der Patientin wieder hergestellt und gewahrt bleiben wird. Wie weit wir aber darin gehen, wie früh wir einschreiten, wie radical wir dabei sein dürfen, das hängt nicht blos von der Berücksichtigung der den Kranken durch ihre Krankheit drohenden Gefahr ab, sondern zum anderen ebenso wesentlichen Theil auch von dem Grad der Sicherheit des Erfolges einerseits, von dem Grad der Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit unserer Therapie andererseits. Von dem Resultat der Abwägung dieser beiden Verhältnisse gegeneinander wird unser Handeln bestimmt werden müssen. Prüfen wir die beiden zuletzt genannten Factoren.

Hat jede anderweitige Therapie sich als erfolglos erwiesen, so bleibt nur die operative; und dass bei dieser nur die radicale, die vollständige Entfernung der Myome selbst, wirklich sicheren Erfolg bietet, brauche ich Ihnen gegenüber nicht erst weiter auszuführen. — Lange genug hat man sich ja bemüht, das häufigste Symptom resp. Folge der Myome — die Blutungen — durch eine weniger eingreifende Operation, die Auskratzung (mit nachfolgenden Aetzungen) zu beseitigen. Ich bin der Meinung, dass derjenige, der diese Methode für principiell falsch erklärt, manches schwer zu widerlegende gegen sie anführen kann: in einem Theil der Fälle bleibt der Erfolg einfach aus, die Blutungen gehen nach der Operation nach wie vor weiter, ja werden vielleicht sogar schlimmer; — in anderen Fällen wird beim Curettiren die Myomkapsel angekratzt; dazu gehört durchaus keine besondere Ungeschicklichkeit oder rohe Gewalt; diese Kapsel ist oft — man braucht nur einige exstirpirte Uteri darauf hin sich anzusehen — ausserordentlich dünn; nun existiren doch nur zwei Möglichkeiten: entweder man schabt äusserst vorsichtig und schonend — so wird der ganze Eingriff vielleicht vollkommen wirkungslos sein; oder man will seines Erfolges sicherer sein und schabt in der durch die vorragenden Myome buchtigen und unregelmässig gestalteten und verzerrten Uterushöhle etwas dreister, so ist es doch die Sache des reinen Zufalls, wenn die Kapsel nicht zufällig irgend wo verletzt wird; falls aber ja, so hat man dann ausser den vielleicht weiter bestehenden Blutungen obendrein zwischen diesen noch wässerig-schleimig-eitrige Ausflüsse, die die Kranken mehr quälen als die Blutungen vorher, ja geradezu in Verzweiflung bringen und auch dem Arzt die unangenehmsten Stunden bereiten können. Und das Elend ist dann oft nicht anders zu be-

[9]) Gangränescirendes Myom der hinteren Uteruswand bei einer 70 jährigen. Tod 11 Tage post operat. (Abdominale Totalexstirpat.) an Herzschwäche. — Dührssen. Centralbl. f. Gyn. 1895, p. 325.

[10]) Centralbl. f. Gyn. 1894. p. 318 (aus Mercredi médic. 1893, Nr. 42.

[11]) Centralbl. f. Gyn. 1895, p. 999.

[12]) Wylie. (Centralbl. f. Gyn. 1895, p. 21, ref. aus New-York journ. of Gyn. and Obst. 1895 III—V) Tiefe Melancholie in Folge eines verkalkten Ut. Myoms; (vollständige Heilung der nervösen Erscheinungen nach Entfernung dieser Geschwulst).

seitigen als durch eine schliesslich doch noch darauf zu setzende Radicaloperation, also 2 Operationen statt einer und die letzte dann oft noch unter in der Zwischenzeit verschlechterten constitutionellen oder anderweitigen ungünstiger gewordenen Verhältnissen; und ist es daher gewiss gerade bei Kranken aus den ärmeren Volksklassen, die oft factisch eine zweite Operation nicht ermöglichen können oder wollen, doppelt ernst zu erwägen, ehe man zu dieser bei Myom an sich schon unsympathischen Procedur sich entschliesst.

Aber darf man denn die Radicaloperation vornehmen, ehe alles Andere versucht ist? — Wenn sie vollkommen gefahrlos wäre, so würde ja dem doch wol nichts im Wege stehen. Wie steht's aber damit? — M. H.! die Fortschritte, die in dieser Beziehung die allerletzten Jahre gebracht haben, sind enorm! Ein Blick auf die Statistik wird hierfür den schlagendsten Beweis liefern; der Erste, der mit einer grossen Anzahl glücklicher Operationen hervortreten konnte, war Péan: bei 200 grösseren durch Laparotomie entfernten Tumoren war es ihm gelungen die Mortalität auf 15 % (seit 1886 auf 10 %) herabzubringen. Ihm schliesst sich, gleichfalls mit einer grösseren Zahl, ebenfalls bis 1893, Martin an mit 9,5 %.

Seitdem haben sich durch Verbesserung der Methoden und Operationstechnik die Resultate der abdominalen Myomoperationen noch wesentlich gebessert, verschiedene Operateure verfügen über Serien von 11—18 derartigen ohne Todesfall, Andere haben Reihen von 20—30 mit 1—2 Todesfällen publicirt.

Wir selbst haben im Lauf des vorigen Winters in einer Serie von 9 ohne Auswahl der Fälle vorgenommenen Myomexstirpationen 7 abdominale — darunter 6 mit Totalexstirpation des Uterus, in einem Fall auch des multipelmyomatösen im 6. Monat schwangeren — ohne Todesfall durchführen können.

Noch günstiger stellt sich die Statistik für die vaginalen Myomoperationen und will ich hier statt aller anderen nur wieder Péans geradezu staunenswerthe Leistung nennen, der von 300 in dieser Weise operirten überhaupt nur 6 verlor, also nur 2 %. — Da dürfen wir doch wohl mit Fug und Recht schon von Lebenssicherheit der Therapie sprechen.

Ob wir über Péan's Procentsatz je noch hinauskommen werden, ist fraglich — für die uns heute beschäftigende Frage aber auch ohne Belang insofern, als nicht nur diese, sondern auch die zur Zeit allerdings noch höheren (in nächster Zukunft aber vielleicht auch noch herabdrückbaren) Mortalitätsprocente der abdominalen Methode, weit übercompensirt werden durch diejenigen Verluste, welche aus dem nicht — oder zu spät Operirtwerden Myomkranker resultiren und zu beklagen sind.

M. H.! Denken Sie jetzt noch einmal zurück an Schröders Mortalität von 75 % noch vor 20 Jahren — welch gewaltiger Umschwung von da bis auf heute! Und ebenso eingreifend muss ja doch auch der Umschwung in der Indicationsstellung sein. Ist[13] «der Vater der Ovariotomie» — wie man Spencer Wells genannt hat — auf frivolen Missbrauch der venia prakticandi und desswegen auf Entziehung derselben verklagt worden, nachdem von seinen 6 ersten Ovariotomien 5 mit Tode abgegangen waren, und hält heute dagegen jeder sich verpflichtet, einen Ovarientumor, sobald er ihn entdeckt hat, baldmöglichst zu exstirpiren, so scheint es mir durchaus nicht im Bereich des Unmöglichen zu liegen, dass auch bezüglich der Myome das Princip, sie radical zu entfernen sobald sie anfangen Symptome zu machen, oder wenigstens sobald diese Symptome eine Tendenz zur Steigerung und Verschlechterung zeigen und progressiv werden, zu allgemeiner Geltung gelangt. Hat später ein englischer Statistiker[14] dem Spencer Wells nachgerechnet, 20,000 Jahre Menschenleben durch eben jene Operation erhalten resp. gewonnen zu haben, deren wegen er anfangs auf die Anklagebank gesetzt worden war, so wird auch derjenige mehr Menschenleben erhalten, ungleich mehr Myomsiechthum vorbeugen, der recht- resp. frühzeitig radical eingreift als derjenige, welcher über anderweitiger insufficienter Therapie den günstigen Zeitpunkt versäumt.

Mag in dieser Frage der einzelne vorläufig noch so oder anders sich stellen, so glaube ich doch, dass durch das beigebrachte Material der radicalere Standpunkt, den hervorragende Kliniker verschiedener Nationen, sowohl diesseits wie jenseits des Weltmeeres, heute schon in derselben einnehmen, vollkommen verständlich, nach meiner Meinung auch gerechtfertigt erscheinen muss.

[13]) Nach einer mir gewordenen mündlichen Mittheilung.

[14]) Gleichfalls nach einer bereits vor 17 Jahren erhaltenen mündlichen Mittheilung.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Langerhans: Grundriss der pathologischen Anatomie für Studirende und Aerzte. 1896. Berlin. Verlag von S. Karger.

Die erste Auflage dieses Buches ist in Taschenformat erschienen, die zweite, uns vorliegende, durch Vermehrung der Abbildungen, durch die hinzugekommene Abhandlung über das Auge und Ohr und die Neubearbeitung mancher Abschnitte derart erweitert, dass dieselbe zu einem Compendium von stattlicher Seitenzahl (566 pag.) angewachsen ist. Immerhin überschreitet das Werk dem ursprünglichen Plan Verf.'s gemäss nicht die Grenzen eines Compendiums, behandelt daher den riesigen Stoff in viel knapperer Form als die gangbaren Lehrbücher von Ziegler, Birsch—Hirschfeld etc. Von Literaturangaben ist ganz Abstand genommen, auf differente Anschauungen, Controversen etc. wird nicht näher eingegangen, sondern nur dasjenige behandelt was zur allgemein gültigen Anschauung geworden. Als Schüler Virchows wandelt L. auf den von seinem grossen Meister eingeschlagenen Bahnen, am meisten tritt dieses in der Abhandlung über Geschwülste zu Tage. In einem recht ausführlichen Abschnitt werden die Infectionskrankheiten abgehandelt und soweit erforderlich, die bacteriologischen Verhältnisse berücksichtigt.

Die Ausstattung des Werkes und die demselben beigefügten 136 Abbildungen sind als wohlgelungen zu bezeichnen.

Lingen.

Dr. O. Schäffer: Atlas und Grundriss der Gynäkologie. München, Verlag von Lehmann 1896.

Das vorliegende Werk, der III. Band von Lehmann's medicinischen Handatlanten, darf als wesentliche Bereicherung der gynäkologischen Literatur angesehen werden. Die gut gezeichneten Bilder in betreffender Colorirung bieten dem Lernenden die Möglichkeit sich mit der Gynäkologie mit Hülfe des Anschauungsunterrichtes bekannt zu machen. Auch dem Lehrer wird das Buch beim Unterricht von Nutzen sein. Ausser den makroskopischen sind auch mikroskopische Bilder wiedergegeben und ein kurzer aber zweckentsprechender Text als Erklärung den 173 farbigen Abbildungen und 54 Textillustrationen beigegeben. Dieser gynäkologische Atlas wird zweifellos eine grosse Verbreitung finden.

W. Beckmann.

N. J. Ratschinsky: Massage und Gymnastik bei Frauenkrankheiten. St. Petersburg, Verlag von Ricker, 1895, russisch.

Da bis jetzt noch keine selbständiges Lehrbuch der Massage und Gymnastik in russischer Sprache vorhanden war, muss diese Brochure als Bereicherung der russischen Literatur begrüsst werden. Dieselbe bietet nichts Originelles, sondern ist als geschickt zusammengestelltes Extract aus den bekannten schwedischen deutschen und französischen Monographien anzusehen. Der Verf. hat, was in ähnlichen Werken selten genügend der Fall ist, auch die Contraindicationen für die von ihm beschriebenen Heilmethoden eingehend berücksichtigt. Nachdem der erste Begeisterungsrausch für die gynäkologische Massage geschwunden ist, ist das Anwendungsgebiet derselben sehr zusammengeschrumpft. Ref. hat soviel Unfug mit der gynäkologischen Massage anrichten sehen, dass er dieselbe durchaus nur erprobten Specialisten, die richtige Diagnosen zu

stellen im Stande sind, reservirt sehen möchte. Laien und Massagistinnen dürften in keinem Fall gynäkologische Massage üben. Auch der praktische Arzt sollte vor Beginn einer Massagecur den Frauenarzt zu Rathe ziehen. Nur unter dieser Bedingung könnte ihm das Studium des besprochenen Werkes zur Nachübung empfohlen werden.

Die Ausstattung der Brochure entspricht allen billigen Anforderungen. W. Beckmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

606. Sitzung am 16. April 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz: Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Kallmeyer berichtet über 339 Fälle von Influenza, welche während der ersten Hälfte dieses Winters im Obuchow-Frauenhospital zur Beobachtung gekommen sind. Die Statistik umfasst die Zeit vom 1. August 1895 bis zum 31. Januar 1896. — Es wurden aufgenommen im August 6 Kranke, im September 11, im October 60 (besonders viele Ende October), im November 81, im December 96, im Januar 85. — Von diesen 339 Kranken starben 38. d. i. 11 %, darunter 29 an Pneumonie. — Eingerechnet sind auch die Fälle, wo die Hauptkrankheit eine andere ist, wo aber eine Influenza dieselbe complicirte. Das Alter der an Influenza erkrankten verhielt sich folgendermassen: bis 20 Jahre alt 65; von 20—29 Jahre = 92: 30—39 Jahre = 50; 40—49 Jahre = 42; 50—59 Jahre = 40; 60—69 Jahre = 25: 70—79 Jahre = 19: 80—89 Jahre = 6.

Eintheilung nach den Complicationen: Nicht complicirte Fälle von Influenza wurden beobachtet 175 Mal. also etwa 50 %. Complication durch Pneumonieen 76 Mal d. h. 22 %. — Influenza bei gleichzeitigem Typhus abdominalis 28 Mal, bei Herzkranken 12 Mal, bei Erkrankungen des Verdauungstractus 10 Mal, des Nervensystems 9 Mal, mit Angina follic. 7 Mal, bei gynaecologisch Kranken 5 Mal, bei Marasmus senilis 3 Mal, bei Nephritis chron. 2 Mal, mit Otitis media 2 Mal, Stomatitis 1 Mal, Urticaria 1 Mal = 339. Ausserdem kam Influenza bei einer Reihe von Recurrenskranken, die in einer anderen Abtheilung lagen und nicht mitgerechnet sind, vor. In den 175 Fällen uncomplicirter Influenza, welche fast stets mit Schüttelfrost, Angina, Conjunctivitis begannen, ist 105 Mal ein Schnupfen verzeichnet, er fehlte jedoch sicher in 20 Fällen, d. i. 12 %.

Das Fieber löste sich fast stets in lytischer Weise, nur in 8 Fällen wurde eine Krisis beobachtet. — Neue Exacerbation der Influenza nach kurzdauernder Apyrexie 8 Mal. — Milzschwellung gehörte zur Regel, fast constant auch Leberschwellung. Leichte gastrische Erscheinungen wurden nur selten, in 9 Fällen, beobachtet.

Influenza mit oder bei gleichzeitiger Pneumonie 76 Mal, wovon gestorben 29. Pneumonie catarrhalis 36, crouposa 20, chronica bacillaris 18, Pleuritis exsudat. 2. — Von den 36 Pn. catar. sind 25 genesen und 11 gestorben. Von letzteren war eine 29 a. n., 4 zwischen 54—58, eine 65, 4 zwischen 70—79 und eine 80. — Von den 20 croupösen sind 8 genesen und 12 gestorben. Erstere standen im Alter zwischen 13—49 Jahren, von letzteren waren 8 zwischen 50—80 Jahre alt. Bei der Section wurden hier häufig noch chronisch-atrophische Zustände des Darmes, 1 Mal Carcinoma ventriculi, 1 Mal Gangraena pulm. und sehr häufig chron. Nephritis gefunden. — Von den 18 Fällen von Pneumonia chron. bacillaris sind 12 entlassen worden und 6 gestorben. Es waren das meist Fälle, wo die Krankheit seit Jahr und Tag bestand, und wo eine frische Influenza hinzugetreten war.

Influenza bei Typhus abdominalis 28 Mal; davon 2 gestorben.

Die Kranken traten meist am Ende der ersten oder zu Beginn der II. Typhuswoche ein, nachdem eine bedeutende Verschlimmerung des Zustandes durch die hinzugetretene Influenza verspürt wurde. — (Roseola, Milzschwellung, Diazoreaction, Schüttelfrost, Schnupfen, Conjunctivitis etc.)

Die Hälfte der Kranken war 1 Jahr oder weniger in Petersburg ansässig. 20 befanden sich im Alter bis 25 Jahren. — Die Form des Typhus war eine mittelschwere.

Influenza bei Herzkranken 12 Mal, davon 2 gestorben: Es wurden beobachtet eigentliche vitia 6 Mal, Herzmuskelerkrankungen 6 Mal. Beide Todesfälle beziehen sich auf letztere und betreffen eine 49 jährige Pat. mit Erysipel und eine 78-jährige Pat., wo bei der Section chron. Nephritis und Gastromalacie gefunden wurde. — Was die Vitia cordis betrifft, so ist 4 Mal eine Mitralstenose (davon 1 Mal combinirt mit Insuff. aortae und ein Mal Hirnembolie und Hemiplegia) und 2 Mal Insuff. mitralis beobachtet worden. Alle 6 standen im Alter zwischen 24—39 Jahren. Von den Herzmuskelkranken war die jüngste 49, eine 50, und je zwei in den sechzigern und siebzigern Jahren.

Rheumatische Erkrankungen 8 Mal, kein Todesfall. 7 Mal Rheumatismus artic. acut, 1 Mal Erythema nodosum.

Darmerkrankungen 10 Mal, kein Todesfall; meist Colitiden, einige Gastroenteritiden. Betrafen meist ältere Personen.

Influenza mit Erkrankungen des Nervensystems 9, davon 1 gestorben mit Lues cerebri an Pneumonia catarrh.

Hysteria 2 Mal, Morbus Basedowii 1, Myelitis chron. 1, Apoplexia cerebri 4, davon 2 alte und 2 frische Fälle.

Ausserdem noch eine, am 31. Januar noch in Behandlung befindliche Meningitis cerebrospinalis infectiosa, später genesene (Warme Bäder) Pat. 3 Fälle Marasmus senilis — gestorben, 2 Fälle von Nephritis chron., wovon 1 gestorben.

Vortragender kommt auf Grund dieser Statistik zu folgendem Resumé: Die Influenza trat in der ersten Hälfte des verflossenen Winters zwar mit sehr grosser Extensität auf, war aber, wie es scheint von etwas geringerer Intensität als im Vorjahre. Eigenthümlich war ihr häufiges Zusammenfallen mit dem ebenfalls epidemisch herrschenden Abdominaltyphus. — Das Maximum der beobachteten Fälle fiel auf Personen bis zum 30 Jahre. Jeder 5—6 Fall war mit einer Erkrankung der Lungen complicirt; Neigung zur Gangrän war gering, Pericarditis in 1 %, eitrige kein Mal, Neigung zu Darmaffectionen keine sehr grosse, Erkrankungen der Nerven ebenfalls sehr selten.

Herr Moritz: Die vom Vortragenden gegebene Uebersicht der Influenzakranken giebt ein sehr anschauliches Bild der Epidemie nach Hospitalbeobachtungen. Es ist aber zu bezweifeln, ob daraus ein Schluss auf das Gesammtverhalten der Influenza als Volksepidemie gezogen werden kann. Die meisten leichten Fälle betreffen jugendliche Individuen und kommen gar nicht zur Hospitalbeobachtung. Das in der mitgetheilten Statistik beobachtete Ueberwiegen der jüngeren Altersklassen erklärt sich dadurch, dass letztere überhaupt zahlreicher sind. Wenn man die Absterbeordnung der Menschheit im Auge behält sind die höheren Altersklassen in der Zusammenstellung des Vortragenden recht stark betheiligt, offenbar weil die schwerer erkrankenden älteren Personen in grösserem Procentsatz sich ins Hospital begeben. Die höheren Altersclassen liefern auch das Hauptcontingent der letalen Fälle bei Influenza.

Was die Vertheilung der Influenzafälle nach den verschiedenen Complicationen betrifft ist zu berücksichtigen, dass es häufig practisch schwierig ist einem gewissen Krankheitszustande den richtigen Namen zu geben. Dieses bleibt oft dem subjectiven Ermessen des Arztes anheimgestellt Wenn nun derselbe Arzt in der ganzen Beobachtungsreihe die Diagnosen stellt, so gleichen sich etwaige Fehler aus, anderenfalls können solche Zusammenstellungen dadurch an Werth beträchtlich verlieren.

Interessant ist es, dass nach der Mittheilung des Vortragenden die Zahl der Fälle von Lungengangrän und Eiterungen gering war, eitrige Pleuritiden garnicht vorkamen. Bei früheren Epidemien spielten diese Complicationen eine wichtige Rolle.

Herr Westphalen bittet um eingehendere Definition der vom Vortragenden als Complication der Influenza erwähnten Pneumonien (chronica, catarrhalis und crouposa).

Herr Kallmeyer bezeichnete mit chronischer Pneumonie die Fälle von bacillärer, tuberculöser Pneumonie zu denen sich Influenza hinzugesellt. Die Entwickelung einer ebensolchen chronischen Pneumonie im Anschluss an Influenza konnte deshalb nicht beobachtet werden, weil die Pat. wegen Platzmangel früh entlassen werden mussten. Die Fälle von croupöser Pneumonie mit Infiltration ganzer Lungenlappen wurden sowohl dann beobachtet, wenn die Influenza im Hospital ablief als auch dann, wenn die Influenza vor Eintritt im Hospital ambulant überstanden war.

Herr Westphalen wendet gegen den Ausdruck chronische Pneumonie im angegebenen Sinne ein, dass zu derselben auch die Lungeninduration gehört. Die croupöse Pneumonie ist eine Infectionskrankheit sui generis (klinisch und anatomisch). Die lobuläre Influenzapneumonie kann, wenn die Herde confluiren, als lobäre imponiren, trotzdem darf eine Influenzapneumonie nicht croupöse Pneumonie genannt werden. Die eigentliche catarrhalische Pneumonie kommt nur bei Kindern und Greisen vor und ist im mittleren Lebensalter selten, sie unterscheidet sich mikroskopisch von der lobulären Pneumonie der Infectionskrankheiten.

Herr Kallmeyer erinnert daran, dass es sich in grossen Hospitälern als practisch erwiesen hat chronische, croupöse und catarrhalische Pneumonieen zu unterscheiden. Unter letzteren hat er die lobulären Pneumonien verstanden, die nicht croupösen Ursprungs waren. Die croupösen Pneumonien waren dagegen stets nicht nur lobär sondern entsprachen auch klinisch und anatomisch der Infectionskrankheit dieses Namens. In den 8 tödtlich verlaufenen Fällen von croupöser Pneumonie wurde stets diese Diagnose bestätigt. Croupöse Pneumonie kommt bei Influenza sehr wohl vor.

Herr **Moritz** spricht sich gleichfalls dahin aus, dass es trotz der modernen Richtung, bis jetzt nicht möglich ist, die Pneumonien nach ihrem Krankheitserreger zu gruppiren. So-lange eine neue Nomenclatur noch nicht durchgedrungen ist resp. sich practisch bewährt hat, kann der Hospitalsarzt ohne die Gruppen der «croupösen» und «catarrhalischen» Pneumonien nicht auskommen.

Dr. med. Anton Rühlmann †.

Am 3/15. April a. c. starb nach kurzem Krankenlager an den Folgen einer Endomyocarditis Dr. Anton Rühlmann im Alter von 54 Jahren.

Damit hat ein kurzes Leben, aber eines voll Mühe und Arbeit seinen jähen Abschluss gefunden. — Nach schweren entbehrungsvollen Kinder- und Jünglingsjahren, in denen der Knabe schon für sich und seine beide Schwestern um die Existenz zu ringen hatte, wurde Rühlmann, 16. Jahre alt, als Student der Medicin in der medico-chirurgischen Academie zu St. Petersburg immatriculirt. Nach absolvirtem Arztexamen wurde er Ordinator des Obuchowschen Hospitals zu St. Petersburg und bald darauf Landschaftsarzt im Saratowschen Gouvernement, wo er 2 Jahre verblieb. Darauf siedelte er nach Wien über, wo er sich 2 Jahre lang dem Studium der Ohrenkrankheiten unter Politzer's Leitung und dann der Halskrankheiten unter Schrötter's Leitung widmete. Von hier kehrte er nach St. Petersburg zurück, um sich, nachdem er im Jahre 1874 zum Doctor medicinae promovirt war, hier als Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten niederzulassen.

Rasch erblühte seine Praxis. Hoch und niedrig, reich und arm, vornehm und gering, alles suchte Rath und Hülfe und fand bei dem freundlichen und bescheidenen Arzte stets liebevolles Wohlwollen und freundliches Entgegenkommen. Nach Zehntausenden zählte er seine Patienten, und nie wurde er müde. Von früher Morgenstunde bis tief in die Nacht hinein widmete er seine Kräfte seinen Kranken und blieb dabei stets der gleich liebenswürdige Mensch. Und so arbeitete er bis zuletzt, über seine Kräfte, wo schon die Krankheit ihm dieselben gelähmt hatte. Und er starb den Soldatentod, hingerafft von der unerbittlichen Nothwendigkeit mitten aus dem Arbeitsfelde, in voller Thätigkeit.

Und wie war er befähigt gerade zu dieser Thätigkeit des praktischen Arztes! Reiches Wissen, grosse Beobachtungsgabe, praktischer Tact, verbunden mit bescheidenem, liebenswürdigem Auftreten, und liebevollem Mitgefühl mit den Kranken und dessen Leiden — das fühlte der Patient, der sich an ihn wandte. Ob gross oder klein, vornehm oder gering, Laie oder selbst Arzt, Jeder erlag dem Zauber seiner Persönlichkeit und fühlte sich zu ihm hingezogen.

Doch hatte auch dieser Umstand, nämlich die grosse und ausgedehnte Praxis auch seine grosse Schattenseite. Sie nahm den ganzen Mann in Anspruch, und wie oft bedauerte Rühlmann, dass er kaum so viel Zeit übrig habe, um sich im Laufe der Arbeitszeit nothdürftig au niveau in der Literatur des Specialfachs zu erhalten. Und seine Erholungszeit im Sommer (1—2 Monate) benutzte er zum Studium. Doch hätte er trotzdem wohl noch Zeit gefunden, sein reiches Beobachtungsmaterial zu verwerthen, um literärisch thätig zu sein und aus dem reichen Schatze seiner Erfahrungen Mittheilungen zu machen, wenn die beispiellose Bescheidenheit und Anspruchslosigkeit ihm es erlaubt hätten, an die Oeffentlichkeit zu treten. So haben wir denn von Dr. Rühlmann ausser seiner gediegenen Dissertation (Untersuchungen über das Zusammenwirken der Muskeln bei einigen, häufiger vorkommenden Stellungen), und einigen kleinen Vorträgen auf Congressen, in denen er das Ehrenpräsidium gehabt hatte, keine literärische Arbeit zu verzeichnen.

Doch gingen sein Wissen und seine Beobachtungen nicht ganz verloren. Im engern, collegialen Kreise und seinen Schülern gegenüber, da entwickelte er seine Ansichten, da äusserte er sich über die Richtschnur seines ärztlichen Wirkens, da sprach er sein Credo. «Ne noceas» und «Erst wägen, dann wagen», das waren seine obersten Grundsätze. Immer und immer wieder hat er diese uns, seinen Schülern, warm ans Herz gelegt, obgleich er gerade ihretwegen sich den Namen eines Cunctators zugezogen hat. Daher war er kein Freund von Experimentiren und Probiren. — «Nie übereilt, unnütz oder verfrüht handeln»! — «Nicht rasche Resultate suchen wollen»! Daher war er ein entschiedener Gegner der so grassirenden Polypragmasie und Operationswuth, besonders in der Therapie der Nasenkrankheiten. Und sind es gerade Rühlmann's chirurgisch gebildete Schüler, die ihres Lehrers Ansichten angenommen haben und nach Kräften zu verfechten suchen. — Die Bedeutung, die Dr. Rühlmann für St. Petersburg, sowohl für die Laien, — wie das ärztliche Publicum hatte, war endlich noch hauptsächlich die, dass er der Erste war, der die Zusammengehörigkeit der beiden Disciplinen, der Otiatrie und der Laryngo-Rhinologie, befürwortete und praktisch durchführte, ein Standpunkt, der ja leider bis jetzt noch nicht durchweg anerkannt ist und mehrfach angefochten wird und der zu manchen unnützen und leider auch unerquicklichen Erörterungen Veranlassung gegeben hat.

Kurzdauernd, voll Mühe und Arbeit, also köstlich nach dem Bibelworte, und von reichem Erfolge gekrönt war Rühlmanns Leben. Es trauern um ihn ausser der Familie und den persönlichen Freunden, seine Kranken, seine Collegen, seine Schüler, die erst recht nach seinem Tode empfinden, was sie an ihm verloren haben.

Sanft ruhe seine Asche!

Dr. J. F. Neumann.

St. Petersburg, im Mai 1896.

Vermischtes.

— Die preussische Academie der «Wissenschaften hat den Professor der Anatomie an der Universität München, Dr. Carl v. Kupffer zu ihrem correspondirenden Mitgliede ernannt. — Professor Kupffer stammt aus Kurland und hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er auch von 1858—65 als ausserordentlicher Professor der Anatomie fungirte. Später bekleidete er die Professur in Kiel, dann in Königsberg und seit 1880 in München.

— Zu Mitgliedern des Organisationscomités des VII. Congresses russischer Aerzte, welcher wie wir bereits mitgetheilt haben, im Jahre 1898 in Kasan stattfinden wird, sind die Professoren der Kasanschen Universität Gay (Syphilidolog), Kapustin (Hygieniker), Ljubimow (Patholog), Fenomenow (Gynäkolog) und Lewaschew (Therapeut) gewählt worden. Als Glieder der Congress-Verwaltung in Moskau werden Prof. Dr. Erismann, Privatdocent L. P. Alexandrow und die Moskauer Sanitätsärzte E. A. Ossipow und J. W. Popow fungiren.

— In Kiew hat sich eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten gebildet, welche am 11. April ihre erste Sitzung abhielt. Zum Präses der Gesellschaft wurde der reiche Zuckerfabrikant L. J. Brodski, zu Vicepräsidenten Prof. Stukowenkow und der Gouvernements-Medicinalinspector Ssachnowski, und zum Secretär D. J. Pichno gewählt.

— Verstorben: 1) Im Poltawaschen Gouvernement der frühere Landschaftsarzt Dr. Joseph Koljanowski im 65. Lebensjahre. Nachdem er 15 Jahre hindurch als Arzt gewirkt, bekleidete er seit 1874 bis zu seinem Lebensende den Posten eines Friedensrichters und im letzten Jahre zugleich den des Präsidenten des Gouvernements-Landschaftsamts. 2) Am 17. April der Landschaftsarzt in Kromy (Gouv. Orel) W. F. Oranski im 41. Lebensjahre am Typhus. Er hat seine Frau mit 3 Kindern ganz mittellos hinterlassen. 3) Im Gouv. Kasan der Landschaftsarzt J. J. Pylajew im Alter von 40 Jahren ebenfalls am Flecktyphus. Seine Wittwe ist mit fünf unmündigen Kindern ohne jegliche Existenzmittel zurückgeblieben. 4) In Paris der berühmte Kliniker Prof. Germain Sée im 77. Lebensjahre. Der Hingeschiedene genoss den Ruf eines ausserordentlich tüchtigen Gelehrten, wofür auch die grosse Anzahl hervorragender wissenschaftlicher Werke, welche er veröffentlicht hat, sprechen. 5) In Reims der Professor der allgemeinen Therapie Dr. Alfred Luton, ein hervorragender medicinischer Schriftsteller.

— Der Professor der Ohrenheilkunde an der Universität Halle, Geh. Med.-Rath Dr. Schwartze, ist zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt worden.

— Am 8. Mai n. St. beging der Gründer des «Rothen Kreuzes» Henri Dunant in der Schweiz seinen 68. Geburtstag, in welchem Anlass demselben Glückwünsche aus verschiedenen Staaten zugingen, unter Anderem auch von dem VI. Congress russischer Aerzte in Kiew. In Stuttgart und in England werden Sammlungen veranstaltet, um dem verdienten Manne, der in recht beschränkten Verhältnissen lebt, im Alter eine sorgenfreie Existenz zu sichern.

— Bei der am 1. Mai bewerkstelligten Revision der Casse der Hauptverwaltung des Russischen «Rothen Kreuzes» belief sich der Cassabestand auf 4,265.856 Rbl. 22½ Kop.

— Die Eröffnung des neuen (XII). städtischen Gebärasyls soll in nächster Zeit erfolgen. Die erforderlichen Räumlichkeiten sind bereits an der Ecke des Catharinenhof'schen Prospects und der grossen Podjatscheskaja für 1900 Rbl. gemiethet worden. Mit der Leitung des Asyls ist Dr. Bazewitsch betraut worden.

— Von dem bekannten Berliner Laryngologen Prof. Dr. Tobold ist vor Kurzem eine Collection von Gypsmodellen zur Veranschaulichung verschiedener pathologischer Processe im Kehlkopf der hiesigen militär-medicinischen Academie zugegangen.

— Die Leitung des Bades und der Curanstalt Schweizermühle bei Königstein in der sächsischen Schweiz hat Dr. J. Kraner, bisher dirigirender Arzt des Ostseebades Misdroy, übernommen.

(A. m. C.-Ztg.)

— Die Vorbereitungen für die diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 21–26. September n. St. in Frankfurt stattfinden wird, haben bereits unter der Leitung des ersten Vorsitzenden der Versammlung, des bekannten Frankfurter Laryngologen Prof. Dr. Moritz Schmidt begonnen. Die Senckenberg'sche naturforschende Gesellschaft wird den Besuchern ihres naturhistorischen Museums einen künstlerisch ausgestatteten Führer durch dasselbe widmen und die Frankfurter physikalische Gesellschaft wird die Ergebnisse dreissigjähriger wissenschaftlicher Beobachtungen über die meteorologischen Verhältnisse der Stadt in einer Festschrift «Das Klima von Frankfurt» veröffentlichen. Die Oberärzte der städtischen Krankenanstalt werden eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten herausgeben.

Die städtischen Behörden haben zur Herstellung der Festschriften und zur Veranstaltung einer Festlichkeit die Summe von 18,000 Mark bewilligt.

(A. m. C.-Ztg.)

— Im Staate New-York ist ein Gesetz erlassen worden, welches vorschreibt, dass auf den Gläsern, in welchen Gifte aus der Apotheke abgelassen werden. auch die besten Gegengifte gegen das betreffende Gift angegeben werden.

— In Hongkong herrscht seit dem Anfang dieses Jahres die Pest. Bis zum 15. April sollen 482 Erkrankungen mit 427 Todesfällen vorgekommen sein.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Mai d. J. 7789 (266 wen. als in d. Vorw.), darunter 1126 Typhus — (94 wen.), 627 Syphilis — (54 wen.), 219 Scharlach — (3 wen.), 62 Diphtherie — (5 wen.), 95 Masern — (9 wen.) und 68 Pockenkranke — (2 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. April bis 4. Mai 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0–6 Mon.	7–12 Mon.	1–5 Jahr.	6–10 Jahr.	11–15 Jahr.	16–20 Jahr.	21–30 Jahr.	31–40 Jahr.	41–50 Jahr.	51–60 Jahr.	61–70 Jahr.	71–80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
411	330	741	152	97	141	20	12	25	61	65	46	52	34	23	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 13, Typh. abd. 18, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 7, Masern 36, Scharlach 33, Diphtherie 12, Croup 5, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Sept. 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. September 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11 кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Lehrbuch

der

Kinderkrankheiten.

Für Aerzte und Studirende

von

Dr. Ad. Baginsky,

a. o. Professor für Kinderheilkunde a. d. Universität u. Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhauses zu Berlin.

Fünfte verbesserte u. vermehrte Auflage.

Preis: geh. M. 19,20, geb. M. 21.—

Gemäss der unter dem Einflusse eines umfassenden Beobachtungsmaterials stetig fortschreitenden eigenen Erfahrung und unter Berücksichtigung neu geschaffener oder fester begründeter praktischer und wissenschaftlicher Thatsachen hat der Verfasser in einzelnen Abschnitten viel geändert, fast alle durch wesentliche Verbesserungen bereichert. So sind in dieser Auflage die Abschnitte über Ernährung und Diätetik, Diphtherie, Malaria, Erkrankungen der Sinnesorgane u. a. fast völlig neu bearbeitet worden.

Berlin, Mai 1896.

Friedrich Wreden.

In meinem Verlage ist erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch

der

Ohrenheilkunde.

Für Aerzte und Studirende.

von

Dr. Wilh. Kirchner,

Fünfte verbesserte Auflage.

Mit 44 Abbildungen in Holzschnitt.

Preis geh. M. 4.80, geb. M. 6.—.

Bei der raschen Entwicklung der Ohrenheilkunde sind auch in dieser Auflage wieder vielerlei Aenderungen und Zusätze nöthig geworden. So wurden insbesondere die Abschnitte über die chirurgische Behandlung der eiterigen Mittelohrprocesse und des Warzenfortsatzes wiederum ergänzt und erweitert.

Berlin, Mai 1896.

Friedrich Wreden.

Дозв. ценз. Спб. 11 Мая 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, 18. (30). Mai 1896

Achter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der achte Aerztetag wird **in Wenden am 29., 30. und 31. August** c. stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Zur Behandlung der Schreibstörungen.

Von

Dr. med. Otto Thilo in Riga.

In meiner Arbeit «Fingerübungen»[1]) wurde angedeutet, wie ich mit Hilfe gewisser Uebungsvorrichtungen jene Reiz- und Schwächezustände der Hand behandele, die unter dem Namen Schreibkrampf. Klavierkrampf u. s. w. zusammengefasst werden.

Da ich in der erwähnten Arbeit nicht auf die Leitung der Schreibübungen eingehen konnte, so will ich es hier versuchen, auseinanderzusetzen, wie ich die Hand nach Beseitigung ihrer Reiz- und Schwächezustände allmählich wieder an das Schreiben gewöhne.

Keine einzige Handfertigkeit können wir ohne Uebungen uns aneignen. Verlieren wir die einmal gewonnene Handfertigkeit, so gelingt es uns nicht, ohne Uebungen sie wiederzuerlangen. Aussichtslos ist daher der Versuch durch Ruhe, Bäder, Arzeneien oder Massage ohne Uebungen, jene Gebrauchsstörungen der Hand zu beseitigen, die unter dem Namen Schreibkrampf, Klavierkrampf u. s. w. bekannt sind.

Gewiss werden Bäder, Arzeneien und Massage oft unentbehrlich sein, um die Erkrankungen fortzuschaffen, welche den Ausgangspunkt der Gebrauchsstörungen bildeten, schwerlich aber wird ein Klavierspieler die verlorene Geläufigkeit der Finger durch Handbäder oder Electricität wiedererlangen.

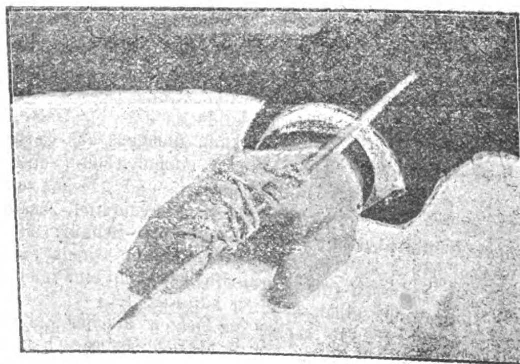
Nur ganz allmählich gesteigerte Uebungen können ihm dauernd die Reiz- und Schwächezustände seiner Hand beseitigen und bleibend die verlorene Leistungsfähigkeit herstellen.

Ebenso wird ein Schreiber seine verlorene Fertigkeit nur dadurch wiedererlangen können, dass er seine Hand allmählich wieder an die sehr zusammengesetzten Haltungen und Bewegungen gewöhnt, die zum Schreiben erforderlich sind. Er wird unter Vermeidung gewisser Schwierigkeiten, sich in seine frühere Thätigkeit gleichsam wieder hineinzuschleichen haben.

Hiezu ist zunächst eine Schreibweise zu erwählen, welche die Haltungen und Bewegungen der Hand möglichst erleichtert und vereinfacht.

Um dieses zu erreichen, verwende ich den in der vorstehenden Zeichnung dargestellten Federhalter.

Fig. 1.



Die in Fig. 1 abgebildete Vorrichtung dient dazu, einen Federhalter derartig an Zeige- und Mittelfinger zu be-

[1]) Petersburger med. Wochenschr. № 33, 1895.

festigen, dass man schreiben kann, ohne den Daumen zum Halten des Federstieles zu benutzen.

Es können mithin Personen, die entweder den Daumen gänzlich verloren haben oder wegen Steifheit oder Schwäche desselben nicht im Stande sind, einen Federstiel zu halten, schreiben, wenn sie den Federstiel vermittelst der hier in Fig. 1 abgebildeten Vorrichtung am Zeige- und Mittelfinger befestigen.

Da eine derartige Befestigung die Fingermuskeln vom Halten des Federstieles befreit, so dass sie beim Schreiben nur noch die zur Führung der Feder erforderlichen Bewegungen auszuführen haben, so erscheint sie als ganz besonders geeignet für die Behandlung jener Reiz- und Schwächezustände der Hand, die unter dem Namen «Schreibekrampf» zusammengefasst werden.

Sie beseitigen eben jene ununterbrochenen Muskelzusammenziehungen, welche jedes dauernde Festhalten eines Gegenstandes so sehr ermüdend machen.

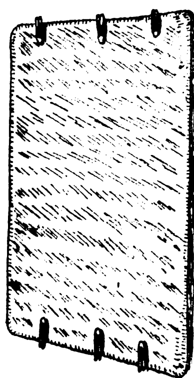
Schon das Nussbaum'sche Bracelet, welches den Fingerbeugern das Halten der Feder abnimmt und den Streckern aufbürdet, schafft oft grosse Erleichterung. Die hier beschriebene Vorrichtung entlastet die Beuger, ohne die Strecker zu belasten und befreit somit die Hand vollständig von einer nicht unbedeutenden Arbeitslast. Natürlich kann diese plötzliche Befreiung ebensowenig sofort alle Schreibstörungen beseitigen, wie die Entlastung der Accomodation durch Convexgläser einem Weitsichtigen sofort alle asthenopischen Beschwerden fortschafft.

Nur bei allmählicher Gewöhnung kann die durch meinen Federhalter vollständig veränderte Schreibweise zur Heilung eines Schreibekrampfes beitragen, wenn derselbe vorher durch Ruhe, Massage, Electricität, Fingergymnastik u. s. w. gründlich von einem Arzte behandelt worden ist.

Auch die Schreibübungen mit meinem Federhalter werden nur diejenigen Collegen erfolgreich leiten können, die Uebung in der Behandlung von Schreibekrämpfen besitzen.

Die in Fig. 1 abgebildete Schnürvorrichtung lässt man aus Corsettstoff (Drell) anfertigen, nach beistehendem Schnitt. Zu jeder Seite der Schnürnaht werden drei Drahthaken angenäht. Zum Schnüren befestige man eine dünne, recht fest gedrehte Hanfschnur mit einem Knoten an dem Haken 1, führe sie über den Federstiel von einem Haken zum anderen und befestige sie hierauf mit einer Schleife am Haken 3. Durch leichte Beugebewegungen überzeuge man sich jetzt davon, ob das Corset nicht zu fest oder zu lose sitzt.

Fig. 2.



Wünscht man das Corset abzulegen, so ziehe man den nach oben conisch verjüngten Federhalter heraus und streife es wie einen Handschuhfinger ab.

Man kann übrigens das Corset, ist es erst einmal richtig eingestellt, beim An- und Ablegen bequem mit dem Federstiel zusammen auf- und abziehen, ohne Lösung der Schnur. Man darf mit dem Corset nur die zwei ersten Glieder der Finger umschliessen (nicht drei Glieder) damit eine leichte Beugestellung derselben möglich ist. Fig. 1.

Der Mittelfinger ist stärker zu beugen als der Zeigefinger. Als beste Haltung für die Hand erwies sich mir die von Gowers anempfohlene[1]).

Ich lasse bei den ersten Schreibübungen den Daumen nicht an den Federstiel legen, sondern auf das Papier (Fig. 1) um den Fingern das krampfhafte Festhalten der Feder abzugewöhnen. Ist dieses gelungen, etwa nach 5 bis 6 Tagen, so gestatte man wieder den Daumen durch leichtes Anlegen zur Führung der Feder zu verwenden.

Zunächst lasse ich nur die von Gowers empfohlenen horizontalen und wellenförmigen Striche ohne abzusetzen ziehen, bis sich die Hand vollständig an die neue Federhaltung gewöhnt hat. Dieses gelingt am Besten wenn man das Papier auf eine glattpolirte Tischplatte legt. Das Schreiben von Buchstaben verbiete ich und gestatte bei den ersten Versuchen nur fünf Minuten morgens und fünf Minuten Nachmittags zu üben.

Nach den Uebungen wird massirt und es werden leichte aktive Bewegungen des ganzen Armes und der Finger gemacht[2]). Massage und Bewegungen vor den Schreibübungen sind durchaus zu verwerfen.

Allmählich gehe man zu diagonalen Strichen und lateinischen Buchstaben über und verlängere die Uebungsdauer.

Schon vor Beginn der Uebungen mit der rechten Hand, lasse ich die linke Hand gleichfalls mit dem Corset im Schreiben üben, damit Patient nach erfolgter Heilung, abwechselnd rechts und links schreiben kann.

Die Gefahr, dass an der linken Hand sich gleichfalls ein Schreibkrampf ausbilde, ist nach Gowers' Angabe nicht so gross, als man allgemein annimmt.

Er meint, es geschehe etwa in der Hälfte der Fälle und berichtet von einem Beamten, der bei rechtsseitigem Schreibkrampfe zwölf Jahre lang mit der linken Hand ganz unbehelligt schrieb, so lange bis sich die rechte Hand wieder erholte und ungehindertes Schreiben gestattete.

Mir ist folgender Fall bekannt. Ein Conditor in Riga litt am Schreibkrampfe der rechten Hand und schrieb sich mit der Linken ein. Nachher war er genöthigt die Conditorei aufzugeben und wurde Bankbeamter. Als solcher schrieb er zwanzig Jahre lang schön und schnell mit der linken Hand. Das Schreiben mit der rechten blieb jedoch nach wie vor unmöglich. Er brachte stets nur einige krampfhafte Striche zu Stande, die nach unten gerichtet waren, wenn er es versuchte, mit der rechten Hand zu schreiben. Ich glaube, dass die Einübung der linken Hand sich noch günstiger gestalten würde, wenn man möglichst vorsichtig und langsam damit vorgehen wollte und z. B. ein Jahr für das Erlernen festsetzen wollte.

Man erwäge doch nur, dass Kinder und auch Erwachsene zum vollständigen Erlernen des Schreibens mit der rechten Hand Jahre brauchen. Gewiss würde ein grosser Theil von ihnen durch Schreibkrämpfe am Erlernen des Schreibens verhindert werden, wenn sie es versuchen wollten in einigen Monaten Fertigkeiten zu erlangen, die erst in Jahren erreichbar sind.

Sehr häufig liest man die Ansicht, dass die Schreibstörungen der Neurastheniker und Hysterischen einer örtlichen Behandlung unzugänglich seien und ausschliesslich durch eine Besserung des Allgemeinbefindens beseitigt werden könnten. Selbstverständlich wäre es ja sehr unrichtig in derartigen Fällen das Allgemeinbefinden unberücksichtigt zu lassen. Ebenso unrichtig erscheint es mir jedoch, alles von der Besserung des Allgemeinbefindens zu erwarten und darüber die örtliche Behandlung zu vernachlässigen. Folgende Gründe scheinen mir hierfür zu sprechen.

1) Es ist durchaus nicht gesagt, dass jede Schreibstörung, an der ein Neurastheniker leidet, unbedingt von seiner Neurasthenie herrührt. Sie kann z. B. durch

[1]) W. R. Gowers, Handb. d. N.-Krankh. übersetzt v. Dr. K. Grube, Bonn 1892, Cohen.

[2]) Siehe Petersb. med. Wochenschr. 33, 1895.

leichte Fingerverletzungen, rheumatische Erkrankungen, durch Ueberanstrengungen infolge eines Sportes, durch unrichtige Federhaltung, schlechten Sitz, ungeeignete Schreibtische, kurz durch hundert andere Ursachen bedingt sein.

Einen grossen Theil dieser Ursachen kann man mit Leichtigkeit durch Aenderung der Verhältnisse. Massage und Uebungen beseitigen, während sie wohl kaum durch jene Heilmittel zu beeinflussen sind, welche gegen die Neurasthenie angewandt werden.

2) Selbst in den Fällen, wo die Neurasthenie oder Hysterie die Ursache von Schreibstörungen sind, ist keineswegs nur dann ein Schwinden dieser Störungen zu erwarten, wenn die Neurasthenie, Hysterie gebessert werden. Unsere Erfahrungen zeigen es ja nur zu deutlich, dass die verschiedenartigsten Krankheitserscheinungen der verschiedensten Körpertheile bei Neurasthenie und Hysterie kommen und vergehen, ohne dass der Allgemeinzustand sich bessert. Man denke nur an die Lähmungen der Hysterischen, an das lange Register von Krankheitserscheinungen, welches Beard u. a. für die Neurasthenie aufgestellt haben.

Diesen Erfahrungen entsprechend habe ich öfters Neurastheniker und Hysterische von ihren Schreibstörungen befreit, obgleich es mir nicht gelang durch meine Allgemeinbehandlung wesentlich ihr Befinden zu verbessern.

Hierher zählt unter anderen der in meiner Abhandlung «Fingerübungen»[4]) mitgetheilte Fall von Schreibstörung. Der vielbeschäftigte Sekretair schreibt häufig ungestraft bis 8 Stunden täglich. Trotzdem oder vielleicht gerade deshalb ist sein nervöser Zustand kaum gebessert. Unregelmässiges Leben im Winter, forcirte Gebirgstouren und Erholungsreisen im Sommer erhalten seine Neurasthenie recht gleichmässig.

Ebenso gelang es mir eine hysterische Kassirerin so vollständig von ihren Schreibstörungen zu befreien, dass sie mir sehr lange, höchst überschwängliche Dankesbriefe schreibt, die nebenbei sehr sorgfältige Schilderungen neuer Leiden enthalten und so den Beweis liefern, dass meine Allgemeinbehandlung mit Bädern, Arzeneien u. s. w. nicht sehr erfolgreich war, während ihre Schreibstörungen durch Massage, Uebungen u. s. w. schwanden.

Da ich im Obigen so sehr die örtliche Behandlung der Schreibstörungen betont habe, so glaube ich hier nochmals wiederholen zu müssen, dass ich nie eine Schreibstörung ohne Berücksichtigung des Allgemeinbefindens behandele.

Wo es nur irgendwie durchführbar ist, verlange ich stets von meinen Kranken, dass sie eine Zeitlang vollständig ihrem Berufe entsagen, womöglich ihren Beruf wechseln. Durch Bäder, Diätkuren, Landaufenthalt, Arzeneien suche ich ihr Allgemeinbefinden zu verbessern. Von der grössten Bedeutung ist es, den gesunkenen Muth der meist sehr verzweifelten Kranken zu heben. Dieses geschieht am Besten durch ruhiges Zureden und Bekanntmachen mit Geheilten.

[4]) Petersb. med. Wochenschr. 33, 1895.

Zur Casuistik der parästhetischen Meralgie, Bernhardt-Rothschen Parästhesie.

Von

Dr. L. Stembo.

Krankenvorstellung in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna den 28. November 1895.

Meine Herren! In der letzten Zeit war von eigenthümlichen krankhaften Erscheinungen im Gebiete eines Astes des Plexus lumbalis, nämlich des n. cutan. fem. ext. in der neurologischen Literatur viel die Rede. Obwohl Professor Bernhardt[1]) von diesen pathologischen Sensationen schon 1878 beiläufig gesprochen hat und in seinem unlängst erschienenen Werke[2]) über die Erkrankungen der peripheren Nerven auf sie wieder zurückkam, so achtete man auf sie wenig bis derselbe Autor[3]) eine kleine Mittheilung über Paraesthesien im Gebiete des genannten Nerven publicirte. Gleich darauf theilten Näcke[4]), Freud[5]) und Escat[6]) Selbstbeobachtungen dieser Paraesthesie mit. Einen Monat nach der Publication Bernhardts hielt Prof. W. Roth[7]) in der physico-medicinischen Gesellschaft zu Moskau einen, wie es scheint, schon längst fertig gehabten Vortrag über die uns interessirende Krankheit und er ist es, der dieser Paraesthesie den Namen Meralgie (von μηρος-Oberschenkel) gegeben hat.

Nach der Veröffentlichung des Falles Escat, welcher die Beobachtungen Prof. Bernhardts mit keinem Worte erwähnte, theilte der letztere[8]), auf diese Vernachlässigung hinweisend, weitere zwei Fälle dieser Paraesthesie mit.

Der Nervus cutaneus femoris externus anterior entspringt, wie Sie an dieser ausgezeichneten Abbildung[9]) sehen können, aus der Schlinge zwischen dem zweiten und dritten Lendennerven, durchbohrt den m. psoas und zieht an der vorderen Fläche des m. iliacus internus zum Poupartschen Bande herab, wo er dicht unter dem oberen Darmbeinstachel die Fascia lata durchbricht, sich nach aussen wendet und an der äusseren Seite des Oberschenkels als Hautnerv bis zum Knie herab sich verästelt.

Im Gebiete dieses Nerven spielt sich die Bernhardt-Roth'sche Paraesthesie ab.

Die Symptomatologie dieser Krankheit ist kurz folgende: Die Kranken empfinden beim Stehen und Gehen an der äusseren Fläche eines oder beider Oberschenkel einen brennenden Schmerz, der nachlässt wenn die Extremität ruhig im Hüftgelenk gebeugt gehalten wird. Der Schmerz kann auch im Liegen erscheinen, wenn das Bein in dieser Lage gestreckt gehalten wird. Noch vor dem Schmerz haben die Kranken das Gefühl der Vertaubung — von Ameisenkriechen. Ausser diesen Erscheinungen ist an der erkrankten Partie ein gewisser Grad von Anaesthesie, die fast alle Sensibilitätsarten betrifft, zu constatiren. Die Kranken haben das Gefühl, als wäre die erkrankte Stelle von einer fremden Haut überzogen. Die von der Paraesthesie ergriffene Region ist etwa handgross und reicht in Form eines Ovals von der Mitte des Oberschenkels bis zum Knie nach unten, hinten bis zum Gebiet des Ischiadicus und vorn bis zur Mittellinie der erkrankten Extremität.

Die genannten krankhaften Erscheinungen können sich plötzlich oder langsam entwickeln, sie können im Beginne nur eine kleine begrenzte Stelle einnehmen und später sich weiter ausbreiten, oder umgekehrt nach und nach wird die afficirte Partie kleiner und die Intensität der Erscheinungen geringer und können sie so ganz schwinden oder sie bleiben auf lange Zeit stationär.

Sonst irgend welche Störungen von Seiten des übrigen Nervensystems sind bei von der Meralgie behafteten Kranken gewöhnlich nicht vorhanden. Die Function des Mastdarms und der Blase ist normal. Muskelatrophie ist nicht vorhanden. Druckpunkte sind im Gebiete der

[1]) Deutsches Archiv für kl. Medicin. Bd. XXII, S 362.
[2]) Die Erkrankungen der peripheren Nerven. Wien 1895, S. 405.
[3]) Neurologisches Centralblatt 1895, № 6, S. 242.
[4]) Neurologisches Centralblatt 1895, № 8, S. 338.
[5]) Neurologisches Centralblatt 1895, № 11, S. 491.
[6]) Revue neurologique 1895, № 22, p. 642.
[7]) Meralgia paraesthetica. Berlin 1895.
[8]) Revue neurologique 1895, № 22, p. 642.
[9]) Hirschfeld, Description et Iconographie du system nerveux. Paris, 1853, Pl. 55.

erkrankten Gegend nicht da; der n. cutan. fem. ext. ist auf Druck nicht empfindlich. Manchmal ist die Gegend der Spina ossis ilei ant. sup. bei Druck schmerzhaft

Die Aetiologie dieser Paraesthesie ist noch ziemlich dunkel. Ueberstandener Typhus, kalte Douchen, Bleivergiftung (Bernhardt), Trauma (Näcke, Roth), Rheuma, Alkoholmissbrauch, Haemorrhoiden, varicöse Erweiterungen der Venen der erkrankten Theile (Roth) werden als aetiologische Momente angeführt. Männer werden häufiger befallen als Frauen, Bernhardt sah sie nur einmal bei einer Frau, unter Roth's 14 Kranken waren nur 2 Frauen, unter meinen 5 Kranken sind 2 Frauen. Unter den 30 in der Literatur bekannt gewordenen Fällen von Meralgie sind nur 7 Frauen. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 30 und 50 Jahren, obwohl eine Kranke Roth's schon im vierzehnten Jahre an der Meralgie zu laboriren anfing und einer meiner Kranken nur 16 Jahre alt ist. Was den Beruf betrifft so sind diejenigen, die eine sitzende Lebensweise führen mehr der Krankheit ausgesetzt als die arbeitende Klasse. Aerzte scheinen einen bedeutenden Theil der Erkrankten auszumachen, unter den 30 Fällen sind 7 Aerzte.

Die Krankheit besteht höchst wahrscheinlich in einem gewissen Grade von Peri- und Paraneuritis des n. cutaneus femoris ext., welche durch Druck und Zerrung, bei Vorhandensein von gewissen Ursachen, dieses Nerven in seinem Verlaufe hervorgerufen wird.

Die Prognose ist quoad sanationem completam nicht immer sehr günstig.

Die Diagnose wird wohl keine Schwierigkeiten machen.

Die Therapie besteht in Entfernung der Ursachen, in Regulirung der Diät, in Anwendung von Abführmitteln, von Einreibungen, Massage, Electricität, besonders in Form des constanten Stromes, von Blasenpflaster u. s. w.

Jetzt gestatten Sie mir diese Kranke Ihnen vorzustellen und dann noch ganz flüchtig 4 Krankengeschichten mitzutheilen.

Fall I. Die sich vor Ihnen befindende Kranke leidet an einer acuten Form dieser Parästhesie. Die Patientin ist fünf und zwanzig Jahre alt und stammt aus einer sonst gesunden Familie. Ihre Eltern wie sie selbst leiden an Haemorrhoiden. Infectionskrankheiten, ausser den gewöhnlich bei Kindern vorkommenden, hat sie nie überstanden. Hin und wieder leidet sie an Kopfschmerzen und Obstipation. Menses bekam sie mit achtzehn Jahren, mit neunzehn Jahren verheirathete sie sich und hat sie in dieser kurzen Zeit schon vier Kinder geboren und ist mit dem fünften in der Mitte der Schwangerschaft.

Vor drei Monaten fing sie an eine Vertaubung an der äusseren — vorderen Fläche ihres linken Oberschenkels zu spüren, dazu gesellte sich bald ein brennendes und stechendes Gefühl, das beim Gehen und Stehen sehr heftig wurde. In der Ruhe nehmen die Erscheinungen an Heftigkeit ab, aber sie schwinden nicht ganz. Die Schmerzen beruhigen sich immer wenn die kranke Extremität in gebeugter Stellung gehalten wird. Die Sensibilität ist im Gebiet des erkrankten Nerven sichtlich vermindert. Bei der Berührung hat sie das Gefühl, als wenn man sie nicht direct, sondern durch einen fremden Gegenstand berühre. Im Uebrigen ist an ihrem Nervensystem nichts Abnormes nachzuweisen.

Fall II. Dr. med. M. Pr. sechzig Jahre alt stammt aus einer kerngesunden Familie. Ausser einer leichten Obstipat. hat Pr. über nichts zu klagen gehabt. Als Militärarzt hatte er in seinen jüngeren Jahren viele Strapazen zu überstehen. Luetisch war er nie inficirt, Alkohol hat er nie missbraucht, von Infectionskrankheiten keine gehabt.

Schon seit vielen Jahren bemerkte er an der äusseren-vorderen Seite seines linken Oberschenkels eine handtellergrosse Fläche, die fast unempfindlich war. An dieser Stelle verspürte er auch ein Gefühl von Ameisenkriechen, zu dem darauf ein brennender Schmerz von Zeit zu Zeit sich hinzugesellte, besonders bei physischen und psychischen Anstrengungen wurde derselbe sehr heftig.

Viele Mittel, die er als Arzt selbst angewendet hat, hatten auf seine Meralgie wenig Einfluss.

Der n. cut. fem. ext. war bei der Untersuchung auf Druck nicht empfindlich, alle Sensibilitätsarten waren in seinem Gebiete herabgetzt. Bei der Behandlung dieses Collegen wurde die erkrankte Partie von einer grossen Plattenelectrode bedeckt und mit der Anode verbunden, die Katode auf den unteren Theil des Rückens gesetzt und ein Strom von vier—fünf Milliamperen während fünf Minuten durchgelassen. Darauf die anästhetische Stellen mit Franklinschen Funken behandelt. Ein solches mehrmaliges Verfahren brachte ihm auf längere Zeit Erleichterung, aber auf immer hörte das Leiden nicht auf.

Fall III. Fräulein Sch. Näherin fünf und zwanzig Jahre alt aus Baku. Menses seit dem fünfzehnten Jahre immer regelmässig, sie litt oft an Kopfschmerzen und Verstopfung. Von Infectionskrankheiten ausser Masern keine gehabt.

Schon über ein Jahr empfand sie ein unangenehmes Gefühl im ganzen Ausbreitungsbezirk des linken n. cutaneus fem. ext. Dazu gesellte sich später ein starkes Brennen und Stechen hinzu, das besonders beim Gehen und Stehen unerträglich wurde und sie zur Ruhe zwang. Vor und während der Menses waren ihre Leiden am stärksten. Im Sitzen und Liegen sind die Schmerzen kaum bemerkbar, es genügt ihr aber die kranke Extremität zu strecken um die Schmerzen wieder hervorzurufen.

Sonst ist an ihrem Nervensystem nichts Besonderes zu bemerken, absolut keine Zeichen von Hysterie.

Der n. cut. fem. ext. ist auf Druck nicht empfindlich. Die electrische Erregbarkeit sämmtlicher Gebilde des linken Schenkels zeigen keine sichtlichen Abweichungen von der Norm. Die Sensibilität ist im Gebiete des erkrankten Nerven ohne Zweifel vermindert.

Fall. IV. J. G. Schüler von sechzehn Jahren. Seine Eltern sind gesund. Er hat nie an Rheumatismus oder Infectionskrankheiten gelitten; traumatische Einflüsse haben auf ihn nie eingewirkt.

Schon über zwei Jahre bemerkt der Patient beim Stehen und Gehen einen ziemlich heftigen Schmerz im unteren—vorderen—äusseren Theile seines rechten Oberschenkels. Die Schmerzen beruhigen sich sobald der Kranke sich setzt oder hinlegt oder wenn er sehr schnell geht. Zeitweise ist der Schmerz geringer, tritt dafür aber ein Vertaubungsgefühl zum Vorschein, das dem Kranken sehr unangenehm ist.

Im Uebrigen ist der junge Patient ganz gesund.

Fall V. Dieser Fall betrifft mich selbst und die Aetiologie ist bei mir wie bei Dr. Näcke eine rein traumatische.

Im December 1893 wurde ich von einem Berge herunterfahrend aus meinem Wagen geworfen, wobei ich das Bewusstsein auf kurze Zeit verlor und ausser einigen kleinen Hauterosionen an der Stirn und am linken Arm, habe ich am linken Knie eine grosse Hautwunde davongetragen. Ich musste infolge dessen einige Zeit im Bett bleiben und später noch mit steifem Knie zwei — drei Wochen gehen, wobei sich eine deutliche Atrophie des linken Quadriceps femoris einstellte. Schon nach kurzer Zeit kam mir die äussere Fläche der Haut des linken Oberschenkels wie eingeschlafen vor. Dann stellten sich bei Treppensteigen wie auch manchmal während des Fahrens, wenn ich nicht ganz bequem sitzen konnte ein prickelndes Gefühl ein, als werde ich in der Gegend der Verästelung des n. cutan. fem. ext. mit vielen Nadeln gestochen. Beim Gehen und Liegen habe ich nie Schmerzen verspürt. Jetzt ist der Zustand viel erträglicher geworden.

Das Gefühl für Kälte, Wärme und Berührung ist in der afficirten Gegend merklich herabgesetzt, auch die electrische Empfindlichkeit ist hier vermindert. Ich will noch bemerken, dass obwohl auf der anderen Seite im Gebiete des vorderen äusseren Hautnerven des Oberschenkels ich nie Schmerzen oder irgend welche andere anormale Sensationen gehabt habe, stellte sich doch bei genauer Prüfung eine leichte Hypaesthesie für alle Sensibilitätsarten heraus.

Nachtrag. Einen weiteren Fall von Meralgie theilte Dr. Hirsch[10]) in der neurologischen Gesellschaft zu New-York den siebenten Januar 1896 mit. Es handelte sich in diesem Falle um einen fünfzigjährigen Mann, der früher Syphilis hatte und dem Trunke ergeben war und Schiffbruch erlitten hat.

Referate.

Theodor Baer: Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen. Deutsche Med. Wochenschr. 1896. Nr. 8.

Seit der Entdeckung des Gonococcus durch Neisser ist es möglich geworden, zwischen eitrigen Processen gonorrhoischer und nicht gonorrhoischer Natur streng zu unterscheiden und wir sind auch imstande von den eitrigen Secretionen des Rectums solche specifisch gonorrhoischer Natur streng zu unterscheiden. Bis jetzt sind nur wenige Fälle von Analgonorrhoe (Neuberger) mit positivem Gonoccenbefund publicirt worden. Vom 15. Juni 1895 bis 1. Januar 1896 hat Verf. 296 geschlechtskranke Frauen untersucht, davon waren 105 luetisch. 191 hatten Gonorrhoe allein oder vergesellschaf-

[10]) The medical week, 1896. № 4, p. 43.

tet mit Lues. Von letzteren hatten 67 Rectalgonorrhoe d. h. 35.1 % aller gonorrhoischen und 22,6 % aller venerischen Patienten. Dieser enorme früher von Niemandem constatirte hohe Procentsatz von Rectalgonorrhoe wurde gefunden nachdem jede Pat. principiell makroskopisch und mikroskopisch auf Gonorrhoe des Rectums untersucht wurde, gleichgültig ob klinische Symptome von Seiten des Rectums vorhanden waren oder nicht. Und zwar wurde bei jeder Pat. 3 mal das Rectalsecret auf Gonococcen untersucht. Verwandt wurde das Lanes'sche Mastdarmspeculum. Es fanden sich stets typische Gonococen zumeist in Haufen und intracellulär gelagert, die sich nach der Gram'schen Methode entfärbten. Culturversuche schlugen fehl wegen der Unmenge anderer im Mastdarm vorhandener Mikroorganismen. Inbezug auf die Aetiologie gestanden nur 2 Pat. den Coitus per anum zu, in den übrigen Fällen liessen sowohl Anamnese als auch objective Untersuchung bezüglich dieses Infectionsmodus im Stich. Kein Fall zeigte Veränderungen, welche auf einen Durchbruch von gonorrhoischem Secret oder Secundärinfection infolge Communication eines gonorrhoisch erkrankten Organes mit dem Rectum hätten deuten können. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich wahrscheinlich um Ueberfliessen resp. mechanisches Hineinbringen des gonorrhoischen Secrets in das Rectum. In den meisten Fällen war Cervicalfluor vorhanden. Für die Secundärinfection des Rectums spricht die Beobachtung, dass bei 4 Pat., welche bei der ersten Aufnahme im Hospital keine Rectalgonorrhoe hatten, bei der zweiten Aufnahme eine solche gefunden wurde. Prädisponirend wirken Schlaffheit der äusseren Genitalien, Klaffen der Vulva, Dammrisse, Glätte des Analsaumes und Verstrichensein der Analfalten. Unvorsichtige Application von Clystieren kann Rectalinfection zur Folge haben. In vielen Fällen bestanden überhaupt keine subjectiven Erscheinungen, ein kleiner Theil der Pat. klagte über Schmerzen und Brennen beim Stuhlgang und Juckgefühl am After, einige gaben an, Abgang von Eiter und Blut aus dem Rectum bemerkt zu haben. Objective Veränderung des Analeinganges, spitze Condylome und eczematöse Reizung wies nur eine kleine Anzahl von Fällen auf. In 10 Fällen fand sich am Uebergang der Haut in die Schleimhaut des Mastdarmes ein oberflächliches, kahnförmiges Ulcus. In excidirten Ulcera konnte niemals das Vorhandensein von Gonococcen in Schnittpräparaten nachgewiesen werden. Derartige Ulcera wurden auch ohne Rectalgonorrhoe gefunden. Die Rectalschleimhaut war geröthet, glänzend, zu Blutungen geneigt. Nur einmal wurden auf der Mastdarmschleimhaut tiefere Ulcerationen mit hahnenkammförmigen Wucherungen gefunden. Die Menge des Secretes wechselt, meist handelt es sich um grosse Eiterpfropfen, auch kleine eitrige Streifen, welche ziemlich fest der Schleimhaut aufsitzen (kein Fluor).

Störungen des Stuhlganges waren nicht vorhanden. Zweimal wurde als Complication Periproctitis beobachtet. Therapeutisch wurde das Rectum einmal bei starker Secretion 2 mal nach Einführung des Speculum zuerst mit 3 % Borsäurelösung, dann aber mit Argentaminlösung 1:3000 (à 1/2 Liter) abgespült. Die Erosionen wurden mit 2 % Argentaminlösung betupft. Ferner wurden Ichthyolstäbchen mit Cacaobutter verordnet. Die Ausspülungen wurden so lange fortgesetzt bis das Secret 2 mal gonococcenfrei gefunden wurde. Die Spülungen wurden gut vertragen. Von 12 Frauen, welche zum zweiten mal ins Hospital kamen waren 7 von neuem an Rectal- und Cervicalgonorrhoe erkrankt, während 5 eine Cervicalgonorrhoe allein aufwiesen. Die Behandlung dauerte 4 Wochen bis mehrere Monate, in einem Fall blieben trotz 6½ monatlicher Behandlung Gonococcen im Rectalsecret vorhanden.

W. Beckmann.

F. Ahlfeld: Woher stammen die grossen Differenzen in den Morbiditätsstatistiken deutscher Entbindungshäuser. Deutsche Med. Wochenschrift 1896. Nr. 13 und 14.

Verf. gehört bekanntlich zu den wenig zahlreichen Vertretern der Lehre von der Selbstinfection sub partu und darf als ein Vorkämpfer dieser Lehre angesehen werden. Er übt deswegen auch stets die desinficirenden Vaginalspülungen, von denen viele Geburtshelfer bei normalen Kreissenden zurückgekommen sind. Die Morbiditätszahl der Ahlfeld'schen Klinik galt als eine der höchsten, worauf auch stets von seinen Gegnern, besonders Leopold, der glänzende Resultate aufzuweisen hat, hingewiesen wurde. In der vorliegenden Arbeit unterzieht A. die Morbiditätsstatistik deutscher Entbindungshäuser einer strengen Kritik und constatirt zunächst, dass trotzdem schon seit Jahren sein Vorschlag angenommen wurde alle Wochenbetten, in denen die T°. über 38,0 war, als nicht normale anzusehen, die Zahl der fieberlosen Wochenbetten in den verschiedenen Anstalten sehr verschieden ist. Während die Zahl derselben in Marburg um 70 % schwankte, brachte es eine Reihe von Anstalten bis auf 90 % und mehr. A. spricht zunächst nochmals seine schon früher geäusserte Ansicht aus, dass in einer wohlgeleiteten Anstalt, in der besonders auch die Desinfection des Untersuchers in strenger und allgemein bewährter Weise gehandhabt wird, die Wochenbetterkrankungen geringeren Grades, also die grosse Mehrzahl, nicht in Zusammenhang mit der geburtshülflichen Untersuchung gebracht werden könne. Dafür spricht der Umstand, dass in der Marburger Klinik schon seit dem Jahre 1886 die Morbiditätsstatistik zwischen 62,7 und 73,9 % fieberlose Wochenbetten ergab, und sich auch im Jahre 1895 nicht wesentlich geändert hat, trotzdem in diesem Jahre Desinfectionsversuche mit Praktikanten und Schülerinnen vorgenommen wurden und mittelst bacterieller Probe nachgewiesen wurde, dass in 90 % der Fälle der untersuchende Finger steril, in den übrigen aber exact gereinigt war.

Indem nun A. seine ziemlich hohen Erkrankungszahlen als richtig ansieht, sucht er zu beweisen, dass die besseren Resultate anderer Anstalten auf Fehlerquellen zu beziehen sind. Zu letzteren gehört zunächst das falsche Ablesen der Thermometer durch Schülerinnen, was recht häufig vorkommt. Weiter kommt es auf den Zeitpunkt der Messung an. Die höchste T°. ist zwischen 4 und 5 Uhr Nachmittags. Ferner muss das Thermometer mindestens 15 Minuten liegen (bei Leopold 10 Minuten). Von grossem Einfluss auf die Differenz der Morbiditätsstatistiken ist der Tag der Entlassung (sehr wahr! Ref.). Wird die Wöchnerin wie in manchen Anstalten schon am 7. Tage entlassen, so bessert sich die Statistik um ca. 7 %. Endlich muss das Transferiren der Kranken berücksichtigt werden. A. fand auch, dass von 100 ohne innere Untersuchung Niedergekommenen nur 62 % ein fieberloses Wochenbett durchmachten. Auf Grund aller dieser des genaueren ausgeführten Momente erlaubt sich A. den Schluss: Die geringfügigen Fieber der Wöchnerinnen in wohlgeleiteten Anstalten sind nur zum kleinsten Theil Infectionsfälle, herbeigeführt durch mangelhafte Desinfection des Untersuchenden (Ref. möchte fürs erste diesen Schlusssatz trotz seiner Uebereinstimmung mit den Prämissen A.'s doch noch beanstanden, da derselbe zu einer missverständlichen Laxheit in der Desinfection führen kann, umsomehr als A. nicht zugiebt, dass in seiner Klinik die Untersuchung durch Studenten und Schülerinnen einen Einfluss auf die Temperatursteigerungen im Wochenbett ausgeübt habe, was sonst allgemein mit Recht angenommen wird). Die von A. herangezogenen Zahlen über die Morbidität in anderen deutschen Anstalten ergaben, dass in zahlreichen Fällen die Morbidität und Mortalität in derselben Anstalt auffallend contrastirt: Innsbruck mit 11,59 % Morbidität hat die grösste Zahl von Todesfällen gesunder, spontan Entbundener. Dresden mit 14.74 % Morbidität verliert noch 145 gesunde Frauen auf 100000 Geburten. Dem entgegen steht Marburg mit 33,07 % Morbidität und nur 28 Todesfällen auf 100000 Geburten u. s. f. Diese Contraste bezieht A. auf ungenaue Thermometrie und erklärt die Morbiditätszahlen, die mit der Mortalität nicht conguriren, als zu niedrige. Zum Schluss bricht A. noch eine Lanze für die Selbstinfectionslehre und erklärt die Frage von den Vaginalspülungen als noch nicht abgeschlossen.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Н. Засѣцкій: Лекціи по частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней. Томъ первый. С.-Петербургъ, 1896. Изданіе К. Л. Риккера.

Verf., Professor an der Universität Kasan, hatte zuerst wie er es in seiner Vorrede angiebt, die Absicht, ein Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten herauszugeben. In Folge aber der ungleichmässigen Bearbeitung des Materials hat er sich entschlossen sein Werk in der Form einiger aufeinanderfolgender Vorträgesammlungen erscheinen zu lassen, die zusammen einen vollständigen Cursus der inneren Krankheiten bilden werden. Im vorliegenden ersten, 360 Seiten fassenden, Theile werden die Lungentuberculose, die acute allgemeine Miliartuberculose und die meisten Magenkrankheiten abgehandelt.

Besonders eingehend wird die Phthisis pulmonum besprochen. Die Bacteriologie derselben, die häufigsten Infectionswege, die Bedeutung der hereditären Beanlagung werden ausführlich abgehandelt; jedes subjective und objective Krankheitssymptom wird in seinem diagnostischen Werthe genau praecisirt, die wichtigsten medicamentösen und anderen Behandlungsmethoden der Phthisis pulmonum werden nicht nur aufgezählt, sondern überall kritisch beleuchtet. Im nächsten Capitel findet der Leser eine kurze Abfassung der acuten allgemeinen Miliartuberculose. Darauf folgen: der acute und chronische Magencatarrh, die Magenerweiterung, das runde Magengeschwür und Krebs, sowie die verschiedenen Neurosen des Magens. Auch in diesem Theile ist die Darstellung klar, übersichtlich und verständlich und den Bedürfnissen des Stu-

denten und praktischen Arztes zur Genüge entsprechend. Wir hoffen, dass dem ersten Bande schnell die nächsten folgen werden und wünschen dem vorliegenden Theile des Werkes die ihm gebührende Verbreitung. A. Sacher.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. Bd. XIII. III. Theil 1. Abtheilung: Prof. Dr. Friedrich Albin Hoffmann (Leipzig). die Krankheiten der Bronchien. Mit 10 Holzschnitten und 3 Tafeln in Farbendruck. Wien 1896. Alfred Hölder.

Das Gebiet, welches Professor Hoffmann im vorliegenden Werk behandelt wird wohl in den meisten Lehrbüchern der Pathologie und Therapie stiefmütterlich behandelt und von den klinischen Lehrern zuweilen vernachlässigt, — dennoch gehören die Krankheiten der Bronchien mit zu den häufigsten, mit denen der praktische Arzt zu rechnen hat. Es ist somit ein grosses Verdienst des Verfassers eine ausführlich gehaltene Schilderung dieses Gebietes gegeben zu haben. Das Werk zerfällt in folgende Capitel: Anatomie und Physiologie der Bronchien, Missbildungen und Verletzungen der Bronchien, Fremdkörper, die verschiedenen Arten der Bronchitis incl. fibrinöser und putrider Bronchitis, Tuberculose, Syphilis, Tumoren der Bronchien. Bronchiektasie, Bronchostenose, Tractionsdivertikel, Perforationen der Bronchien, Asthma. Die Darstellung dieses umfangreichen Stoffes zeichnet sich durch Einfachheit und Klarheit aus, dabei ist überall der selbstständige, originelle Standpunkt des Verfassers nicht zu verkennen. Wir können das Buch, das auch einzeln verkauft wird (Preis 8,50 Mark), jedem Practiker bestens empfehlen.

Abelmann.

Vermischtes.

— Anlässlich der Krönung ist der Leibchirurg S. Majestät des Kaisers, Geheimrath Dr. Hirsch, zum wirklichen Geheimrath Allerhöchst ernannt worden.

— Utrecht. Der Prof. der Chirurgie an der Universität Utrecht Freiherr v. Eiselsberg hat den Abschied genommen und an seine Stelle ist Dr. A. Narath zum Professor ernannt worden.

— Helsingfors. Dr. A. E. af Forselles ist zum Docenten für Ohrenheilkunde ernannt worden.

— Leiden. Dr. W. Kaster aus Leipzig ist zum Professor der Augen- und Ohrenheilkunde ernannt worden.

— Der Regierungscomissar der kaukasischen Mineralbäder, wirklicher Staatsrath Baschkirow, ist zum Director der genannten Bäder ernannt worden.

Verstorben: 1) In Kischinew der frühere Divisionsarzt der 14. Infanterie-Divis. Staatsrath Dr. Constantin Kedrow im 59. Lebensjahre an Gehirnapoplexie Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie wurde K. Militärarzt und nahm als solcher auch an dem letzten türkischen Feldzuge Theil. Seit dem Jahre 1886 bekleidete er den Posten eines Divisionsarzt, bis ihn ein Schlaganfall im vorigen Jahre zwang, seinen Dienst zu quittiren. Der Hingeschiedene genoss in allen Schichten der Gesellschaft Kischinew's, wo er 20 Jahre lebte, grosse Achtung u. Liebe und erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis. 2) In Wilna der ehemalige Divisionsarzt der 27. Inf.-Divis. Staatsrath Dr. Alex. Brawtschinski im Alter von 60 Jahren. Seine ärztliche Thätigkeit begann er im Jahre 1864. 3) In Bonn der bekannte Hygieniker, Geh. Medicinalrath Prof. Dr. K. Finkelnburg, im 64. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte bereits vor einigen Jahren seine Lehrthätigkeit an der Bonner Universität aufgegeben.

— Anlässlich der ungarischen Millenniumsfeier hat die Budapester Universität zu Ehrendoctoren der Medicin ernannt: Herzog Dr. med. Karl Theodor von Bayern, Prof. Dr. Virchow (Berlin), Prof. Dr. Lister (London), Prof. Dr. Bacelli (Rom), Prof. Shaw-Billings (Philadelphia), Prof. Dr. Anders-Retzius (Stockholm). Prof. Roux (Paris) und Prof. Dr. phil. Karl Than (Budapest).

— Der bekannte Syphilidolog, Geheimrath Prof. Dr. G. Lewin, hat seine Stellung als Director der Klinik für syphilitische Krankheiten an der Charité in Berlin aufgegeben. Die interimistische Leitung der Klinik ist dem Privatdocenten Prof. Dr. Burchardt übertragen worden.

— Den Professoren der Budapester Universität Joh. Bokau und Aspad ist anlässlich der Millenniumsfeier der ungarische Adel verliehen worden. (A. m. C.-Ztg.).

— Dem Privatdocenten der Anatomie, Prosector am anatomischen Institut der Universität Halle, Dr. Eisler ist der Professortitel verhlieen worden.

— Die Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinische deutsche Academie der Naturforscher zu Halle hat die aus den Mitteln der Carusstiftung*) zu gewährende Unterstützung im Betrage von 1000 Mark für tüchtige Arbeiten im Fache der vergleichenden Anatomie, der Physiologie oder Psychologie diesmal dem Physiologen Prof. extraord. Dr. Max Verworn in Jena zuerkannt.

— Bei der militär-medicinischen Academie ist die Annahme von Dissertationen zur öffentlichen Vertheidigung für das Lehrjahr 1895/96 am 1. Mai abgeschlossen worden. Im Ganzen hat die Conferenz der genannten Academie im beregten Studienjahre die Genehmigung zum Druck von 112 Doctor- und 5 Magister- Dissertationen ertheilt. In den vorhergehenden Jahren wurden von der Conferenz Doctor-Dissertationen zu öffentlicher Vertheidigung zugelassen: Im Lehrjahre 1893/94 — 128; 1892/93 — 91; 1891/92 — 115; 1890/91 — 99; 1889/90 — 77 und im Lehrjahre 1888/89 — 100 Dissertationen.

(Her.)

— Wie die «Neue Dörptsche Ztg.» erfährt ist der Verein studirender Pharmaceuten zu Jurjew (Dorpat) durch eine curatorische Verfügung aufgehoben worden. Der Verein bestand seit dem März 1872 und gedachte im nächsten Jahr sein 25-jähriges Jubiläum zu feiern. Dem Verein, dessen Traditionen mit den alten studentischen der baltischen Universitätsstadt in Manchem analog waren, hat der grösste Theil der aus den Ostseeprovinzen stammenden Pharmaceuten während ihrer Studienzeit angehört. Derselbe besass, wie wir aus dem Cassabericht pro 1895 in der «Pharm. Zeitschr. f. Russl.» ersehen, am 1. Januar 1896 einen Reservefonds im Betrage von 4600 Rbl. Nominalwerth.

— Das hiesige deutsche Alexander-Hospital für Männer tritt in nicht allzu langer Zeit in einen neuen Abschnitt seiner Entwickelung, indem das alte Holzhaus dieses Hospitals durch einen massiven Steinbau ersetzt werden soll, der als «Alexandra-Bau» den Namen unserer jungen Kaiserin Alexandra Feodorowna tragen wird. Durch Sammlungen, welche nach der Vermählung Ihrer Kaiserlichen Majestäten im November 1894 begannen, sind die Mittel zu diesem Neubau aufgebracht worden, nach dessen Vollendung das Alexander-Hospital über nahezu 100 Krankenbetten verfügen wird. Mit der Niederlegung des alten Holzgebäudes ist soeben begonnen worden und wird im Laufe des Herbstes der neue Steinbau unter Dach gebracht werden, so dass, nach vollendeter innerer Einrichtung im nächsten Frühjahr, die neuen Räume im Sommer 1897 bereits benutzbar werden. In Folge des Umbaues wird für die Dauer eines Jahres der Belegraum des Alexander-Hospital sehr beschränkt sein und zwar wird sich diese Beschränkung vorzugsweise auf die chronischen inneren Krankheiten beziehen, damit die disponiblen Krankenbetten für die acuten Fälle, besonders die chirurgischen reservirt bleiben.

— Die St. Petersburger Duma hat beschlossen zum Andenken an die Krönung ein neues Kinderhospital mit 400 Betten zu erbauen. Der Bau wird aber erst im nächsten Jahre in Angriff genommen werden.

— Am 15. Mai n. St. fand die von Berliner Aerzten veranstaltete Centenarfeier der Jenner'schen Pockenimpfung im Berliner Rathhause statt. Nachdem Prof. Virchow die Feier mit einer Ansprache eröffnet hatte, gab Sanitätsrath Dr. Arthur Hartmann die Vorgeschichte der Feier und betonte zum Schluss, dass diese Feier dem Publicum gegenüber die Einigkeit der Aerzte in Bezug auf die Frage der Impfung demonstriren solle. Den eigentlichen Festvortrag hielt Prof. Dr. Gerhard't, der die Bedeutung der Pockenimpfung für die Entwickelung der med. Wissenschaft schilderte. Der folgende Redner, Reichstagsabgeordneter Dr. Kruse (Badearzt in Norderney), wies auf die Gefahren hin, welche der obligatorischen Impfung seitens der zahlreichen Impfgegner drohten, die besonders unter den Socialdemokraten und Antisemiten stark vertreten sind. Zum Schluss gab Dr. Strassmann einen Ueberblick über die Entwickelung des Berliner Impfwesens.

(A. m. C.-Ztg.).

— Auch ein Grund: Der Gemeinderath von Herzogenbusch (Holland) beschloss die Einrichtung öffentlicher Bäder. Ein Mitglied bekämpfte den Vorschlag sehr lebhaft und führte als Hauptargument an, dass er in seinem ganzen Leben kein Bad genommen und dabei 70 Jahre alt geworden sei und sich stets sehr wohl dabei befunden habe. (Medisch Weekbl. voor Noord en Zuid-Nederland). Giebt es viele solcher Ausnahmen von der berühmten holländischen Reinlichkeit?

*) Diese Stiftung ist im Jahre 1864 von Mitgliedern der Academie und zahlreichen Freunden und Verehrern des damaligen Präsidenten, Geh. Medicinalraths Carl Gustav Carus, ins Leben gerufen worden, als dieser sein 50-jähriges Professoren-Jubiläum feierte.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Bahnstation der Strecke Breslau - Halbstadt.

BAD SALZBRUNN

in Schlesien.

Saisondauer vom 1. Mai bis Anfang October.

Altberühmte, alkalische Quelle, Oberbrunnen, weitgedehnte **Anlagen** in herrlicher Gebirgslandschaft, Gebirgsluft, grossartige **Milch- und Molkenanstalt** (sterilis. Milch, Kefir, Eselinnenmilch, Schafmilch, Ziegenmilch), **pneumatisches Cabinet** u. s. w.

Versand des Oberbrunnens durch die Herren **Furbach & Strieboll** in „Bad Salzbrunn“.

Jede weitere Auskunft auch in Wohnungsangelegenheiten bereitwilligst durch die **Fürstlich Plessische Bade-Direction in „Bad Salzbrunn“.**

MÖSSEBERGS KURANSTALT (SCHWEDEN).

Saison 27. Mai bis 5. September.

Vollständige Wassercuren (besonders Kneippcuren). Mit allem Comfort der Neuzeit ausgestattet. Heilmittel aller Art. Hochlandsluft.

Curprogramm durch Kamererarekontoret Adr. Banten. (Lungensucht wird nicht behandelt).

Arzt: **Dr. O. Torstensson,** (Adr. Persberg, **Sköfde,** Schweden) nebst drei Assistenten. (72) 1—1.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

Massage, Elektrotherapie, Gymnastik (ehemals Dr. Hünerfauth). Für **Magen- u. Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- u. Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche. — Bauchmassage** f. Brunnen-Patienten. — Nur **ärztliche** Massage. — Alle Arten Bäder. —Farad., Galvan., Influenz—Elektr.

(36) 8—3. **Dr. Hans Leber.**

Bad Königsbrunn bei Königstein i. S.

(im Mittelpunkt der Sächs. Schweiz, nahe bei Dresden).

Kurhaus für chronische Kranke und Erholungsbedürftige.

Vorzügliche Lage und Verpflegung. Electr. Beleuchtung. Prosp. gratis durch

(66) 8—1. **Dr. Putzar u. Dr. Winchenbach.**

Morschach am Vierwaldstättersee.

Hôtel und Pension Frohnalp. Kurhaus Morschach.

650 Meter über Meer. Station Brunnen. Ausgezeichnet geführtes Haus. Raum für 100 Gäste. Die Herrschaften haben Berechtigung in den nahen Park Axenstein. Prospecte gratis.

Ambros Eberle, Besitzer,

(58) 9—1. früherer Miteigenthümer von Grand Hôtel Axenstein.

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst

(38) 7—2 **die Badeverwaltung.**

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Jahn, Dr. E., **Die Arzneitherapie der Gegenwart.**
Dritte, völlig umgearbeitet Auflage. 8. In Leinwbd. geb. M. 6.—

Wolff, Dr. J., **Der praktische Arzt und sein Beruf.**
Vademecum für angehende Praktiker. 8. geh. M. 4.—

Dr. Kölder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach. Sommerl. auch f. Nichtkurgebr. Prosp. gr. u. fr.

Aerztliche Kurpension

NORDERNEY

Auskunft durch Sanitätsrath Dr. Kruse. Dr. Menke.

BAD KISSINGEN

Dr. von Sohlern'sche Heilanstalt

für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkranke.

das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

(43) 16—3. **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL

VICHY

Avoir soin de désigner la Source

Bad Nauheim, Dr. med. C. Beste.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl. B. O. 1. л. 44, кв. 3.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Дозв. ценз. Спб. 21 Мая 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, (6. Juni) 25. Mai **1896**

Zur Rhinoplastik.

Von

Dr. C. v. Samson.

Aus dem B. A. Paschkoff'schen Fabrikshospital zu Woskressensk (Gouv. Ufa).

Bekanntlich ist die Chirurgie in neuerer Zeit von der alten Methode, verloren gegangene Theile der Nase und ganze Nasen aus der Haut des Armes zu ersetzen, fast gänzlich abgekommen. Fast ausschliesslich wird die Stirnhaut als Bedeckung benutzt, wobei als Stütze Periost, Knochenlamellen, Fremdkörper, die Profilhöhe garantiren, und eine «stabile Nase» herstellen sollen.

Wo knorpelige Theile der Nase erhalten geblieben oder nach oben geklappt und in die incisura pyriformis hineingesunken sind, schnitt Dieffenbach einen Stirnhautlappen los, den er als Unterlage für die späterhin mobil gemachten Seitentheile nach unten klappt. Aehnlich verfuhr Bardeleben.

v. Langenbeck trennte den knorpeligen Theil durch Horizontalschnitt los und verpflanzte ebenfalls Stirnhaut in den Defect.

König nimmt in diesen Defect 2 Stirnlappen, indem er zuerst einen Hautperiostlappen als Unterlage und dann einen Hautlappen als Bedeckung nach unten klappt resp. dreht.

Auch Israel entnimmt den Ersatz aus der Stirn; er lässt den Hautperiostlappen sich durch Granulation und Vernarbung überhäuten[1]).

Neuerdings hat dann Schimmelbusch eine Methode der Rhinoplastik angegeben, die die entstellende Narbe auf der Stirn möglichst vermeiden soll. Es bleibt aber immer die mediane Furche oder Narbe und ausserdem wird die Haargrenze abwärts verschoben. Schliesslich ist die bei diesem Verfahren nothwendige halbe Scalpirung ein auch relativ erheblicher Eingriff.

Es ist nicht mein Zweck, alle die jetzt gebräuchlichen Methoden genau zu beschreiben, es sei nur constatirt, dass zum Ersatz des Defectes in neuerer Zeit gesunde Gesichtstheile verwendet werden, dass also die neue Nase auf Rechnung gesunder Partieen des Gesichts entsteht. Wohl niemals, auch nicht bei exaktester Vernähung des neu gesetzten Defectes und gelungensten Transplantationen Thiersch'scher Lappen, dürfte die Stirn ihr ursprüngliches Aussehen wiedererlangen; und wenn nun auch die neue Nase nicht nach Wunsch ausgefallen ist, so hat man sich eines Vergehens gegen die medicinische Grundregel «Ne noceas» schuldig gemacht.

Aber selbst wenn eine tadellose neue Nase garantirt werden kann, wäre es doch gewiss wünschenswerth, dass sie nicht gegen eine schöne Stirn eingetauscht, sondern Körperstellen entnommen werde, die für gewöhnlich dem Blick entzogen sind und die dadurch nicht geschädigt werden, d. h. mit anderen Worten, es ist wohl Pflicht des Chirurgen den Rath Küsters zu befolgen und in geeigneten Fällen wieder zur alten Methode, die fehlenden Theile aus dem Arm zu ersetzen, zurückzukehren (23. Congr.) trotz der Kritik, die Bardeleben der Armnase angedeihen liess.

Dass das Verfahren nach dem Rathe Küsters in der That gute Erfolge geben kann, soll der folgende Fall zeigen.

K. E., 19 a. n. stammt aus gesunder Familie und ist selbst bis auf einen Unfall im 4. Lebensjahre gesund gewesen. Zu der Zeit nämlich erhielt sie einen Hufschlag mitten ins Gesicht, welcher ihr die Nase vollständig eintrieb. Seitdem ist die letztere in ihrer Entwicklung zurückgeblieben, so dass sie sich von einer Sattelnase nicht unterscheidet.

Status präsens: Patientin von hohem, starkem Wuchs, wohlgenährt, gesund. Im Profil ist von der Nase so gut wie nichts zu bemerken. Vom Rücken der Nase ist ca. $1/2$ ctm. vorhanden, von da an ist sie in die Incisura pyriformis hineingedrückt. Von vorn sieht man die schmalen Nasenflügel nach innen geklappt, so zwar, dass der rechte Flügel, etwas höher inserirend als der linke, unter diesen geschoben ist. Das Septum bildet zwischen ihnen liegend einen nach rechts offenen Bogen. Die genauere Untersuchung ergiebt, dass die knöchernen und knorpeligen Theile nicht etwa vollständig vorhanden aber zerknittert, sondern dass sie nur in den von

[1]) Nach Fischer, spec. Chirurgie.

aussen sichtbaren Theilen vorhanden, also im Wachsthum zurückgeblieben sind.

Operation. 1. Sitzung am 1. Sept. 1895 unter Chloroformnarkose. Durch einen halbkreisförmigen Schnitt wird der eingetriebene Theil der Nase hart am Knochen abgelöst, so dass er, an einer — natürlich aus 3 Theilen bestehenden — ca. ½ ctm. breiten Brücke hängen bleibt. Alsdann wird aus der Streckseite des Unterarms dort wo's in Anbetracht der langen Zwangslage am bequemsten scheint, zunächst ein sehr reichlicher, dreieckiger Lappen mit einem dünnen Theil des panniculus adiposus abgetrennt: Die Enden des Schnittes werden dann parallel verlängert und der so umschnittene rechtwinklige Lappen bis zur Basis ebenfalls abgetrennt, aber mit weniger Fettgewebe. Der rechtwinklige Theil wird dann zu einer Falte zusammengeklappt und Wundfläche an Wundfläche zusammengenäht. Damit die 3 Nähte nicht durchschneiden, werden Jodoformgazebäuschchen benutzt. (Nächstens sollen dazu breite Stäbchen verwandt werden). Diese Falte ist der zukünftige Nasenrücken.

Zuerst wurde die Falte in der Mitte befestigt und dann, nachdem das Dreieck an die linke Nasenhälfte angepasst war wieder losgetrennt, da sonst das sorgfältige Nähen zu unbequem wäre. 7 tiefe und viele oberflächliche Nähte. Vor dem Erwachen aus der Narcose wurde der Arm, nachdem ein Drain ins Nasenloch gesteckt war, mit starken Leinbinden am Kopfe befestigt, und Pat. ins Bett gelegt, wo sie bis zur nächsten Operation verblieb. Es wurde sehr drauf geachtet, dass die Falte weder Druck noch Zug ausgesetzt wurde, zu welchem Zweck nicht einmal Bindenverbände gemacht wurden. Die Nähte und Defecte wurden nur mit Borvaselin (10%) bestrichen und mit Watte lose bedeckt. Dadurch wurde zugleich dem Eintrocknen der Secrete vorgebeugt, welche unter gewöhnlichen Verbänden in dieser Gegend, wenn nicht sehr häufig gewechselt wird — das aber sollte der damit verbundenen Bewegungen wegen vermieden werden —, bald übelriechend werden, nicht nur den Heilungsverlauf stören, sondern auch Pat. bei seiner ohnehin schweren Lage hochgradig belästigen und ihm den Appetit benehmen, wenn nicht gar Erbrechen verursachen. Ja die üblen Zustände. welche durch das Versorgen der Wunde mit Borvaselin vermieden wurden, dürften wohl im Stande sein, das Endresultat ernstlich zu gefährden. Ich wenigstens glaube, dass ich den Erfolg nicht zum geringsten Theile dieser Art der Wundversorgung zu verdanken habe.

2. Sitzung am 13. September, ebenfalls unter Chloroform.

Der Arm wird vom Gesicht befreit, indem wiederum ein sehr reichlicher dreieckiger Lappen ausgeschnitten wird. Die Schnittfläche an der rechten Nasenhälfte hatte sich inzwischen mit Granulationen bedeckt; diese wurden abgekratzt und das Dreieck eingenäht. Beim Vernähen wurde drauf geachtet, dass der Höcker auf der rechten Seite grösser wurde als auf der linken, denn dort hatte er ja schon 2 Wochen Zeit gehabt zu schrumpfen. Ohne diese Vorsichtsmassregel wäre vielleicht Asymmetrie der Nasenhälften zu Stande gekommen. Beim Abtrennen des Lappens vom Arme spritzte eine Arterie aus dem Lappen was mir bewies, dass in der kurzen Zeit von kaum 2 Wochen die Ernährung des Lappens vollkommen gesichert sei, so dass ich wagen konnte das höherstehende Septum nebst linkem Nasenflügel abzulösen und niedriger zu verpflanzen.

Schliesslich wurden die früheren Nähte, auch die quer durch die Nase gehenden, entfernt, die Nase zwischen zwei steife Pappdeckelstücke eingepresst und diese durch starke, die Nase wiederum quer durchdringende Suturen aneinandergezogen. (Vorkommenden Falles sollen diese Pappdeckelstücke durch ad hoc bereitete Guttaperchaplatten ersetzt werden). Wiederum wurden Drains in die Nasenlöcher gelegt und auf dieselbe Weise die Wunde versorgt.

Zu dieser Zeit war die Nase recht dick und der Rücken bildete einen recht grossen Höcker.

In einer dritten Sitzung, am 22. Sept. wurde der Versuch gemacht, den immer noch um ein minimum höher stehenden linken Flügel noch niedriger zu vernähen, was aber nicht gelang. Dieser Fehler war jedoch so geringfügig, dass weiter nichts gethan wurde. Als alle Nähte entfernt waren, präsentirte sich die neue Nase als durchaus symmetrisch bis aufs unbedeutende Höherstehen des linken Flügels; sie war noch etwas zu dick, doch steht sie in ihrer Form keineswegs den Nasen nach, welche nach den jetzt üblichen Methoden aus der Stirn hergestellt werden wenn sie auch etwas klein gerathen ist. Dieses glaube ich den folgenden Umständen verdanken zu müssen:

1) Dass die Haut nicht dem Ober- sondern Unterarm entnommen wurde, wo sie hierzu geeigneter zu sein scheint. Ausserdem ist es auf diese Weise leichter Zerrungen zu vermeiden, da die Lage des Kranken eine weniger unbequeme ist.

2) Dass die Falte sofort vernäht wurde, welche den Nasenrücken darstellte.



3) Dass keine Verbände benutzt wurden, wodurch jeglicher Druck fortfiel.

Die beigegebene Photographie zeigt, dass nach dieser so viel mir bekannt noch nicht angewandten Art ein brauchbares kosmetisches Resultat erzielt werden kann, weswegen es wohl gerechtfertigt erscheint, dass ich sie den Collegen mittheile und für ähnliche Fälle zur Nachprüfung empfehle.

Sanct Moritz im Ober-Engadin (Schweiz) und seine Eisen-Säuerlinge.

Von
Dr. med. A. Nolda.
Arzt an den Heilquellen und am Kurhause. (Herbst, Winter und Frühjahr in Montreux — Genfer-See.)

Aus der Thatsache, dass mir in ärztlichen Kreisen Russlands zuweilen nicht ganz richtige Ansichten über St. Moritz im Ober-Engadin begegnet sind, glaube ich die Berechtigung herleiten zu dürfen, an dieser Stelle einige Zeilen über unseren, in Folge seiner Verbindung von Höhenklima und starken Eisensäuerlingen einzig in der Welt dastehenden Bade- und Kurort zu veröffentlichen.

St. Moritz besteht aus dem Dorfe und dem Bade, welche 15 Minuten von einander entfernt liegen und durch einen elektrischen Tram mit einander verbunden sind. St. Moritz-Dorf bildet mit 1856 m. die höchste Erhebung des von dem Inn mit seinem herrlichen Seen-Kranze durchflossenen Hochthales Ober-Engadin und ist am nordwestlichen Bergabhange malerisch über dem St. Moritzer-See (1767 m.) gelegen. St Moritz-Bad liegt etwas niedriger (1769 m.) am Einflusse des Inn in den St. Moritzer See.

St. Moritz hat keine Eisenbahn. Die nächsten Eisenbahnstationen sind:

1. Auf Schweizer Seite (vom Norden): Chur, Thusis, Davos.

2. Auf östreichischer Seite (vom Osten und Südosten): Landeck und Meran.

3. Auf italienischer Seite (vom Süden und Südwesten): Chiavenna und Sondrio.

Dass die hygieinischen Einrichtungen mustergiltig und den neuesten Anforderungen der Wissenschaft entsprechende, dass der Kurort und die Hôtels elektrisch beleuchtet sind, dass gegen den Staub genügend gesprengt wird — kurz dass Alles geschieht, was man heute von einem Weltkurort I. Ranges in dieser Beziehung verlangen kann, soll hier als selbstverständlich nur kurz angedeutet werden.

Die Saison dauert in St. Moritz-Bad vom 15. Juni bis 15. September. Von Mitte Juli bis Ende August ist die Saison auf ihrem Höhepunkt. Patienten, die die Ruhe lieben, kann nicht dringend genug angerathen werden, schon mit Eröffnung des Bades nach St. Moritz zu kommen, da die Witterungsverhältnisse von Mitte Juni bis Mitte Juli ebenso günstig sind wie später. Auch die Nachsaison ist sehr zu empfehlen.

Der September zeichnet sich fast stets durch beständiges Wetter mit ewig blauem Himmel aus.

St. Moritz-Dorf hat das ganze Jahr Saison und ist den Gästen, welche dort wohnen, der Gebrauch der Bäder, Trinkkuren und der hydrotherapeutischen Anstalt im Bade während des Sommers durch die elektrische Bahn leicht und bequem gemacht.

Kurmittel: St. Moritz-Bad besitzt drei Stahlquellen die sich durch ihren sehr hohen Eisen- und Kohlensäure-Gehalt auszeichnen und zu den stärksten bekannten Quellen dieser Art gehören. Der hohe Gehalt an Kohlensäure macht die Quellen ungemein leicht verdaulich und befördert die Resorption des Eisens.

Die Quellen, welche den Weltruf von St. Moritz-Bad begründet haben, sind die «Alte Quelle» und die «Paracelsus-Quelle», welche Beide dem Kurhause gehören. Erstere wird hauptsächlich zum Baden, letztere ausschliesslich zum Trinken benutzt, weil sie wegen ihres Gehaltes an doppeltkohlensaurem Natron als die am leichtesten zu verdauende Quelle anzusehen ist.

Eine neue Quelle, die «Funtauna Surpunt» wurde im Jahre 1886 entdeckt; sie dient zu Trink- und Badekuren.

Chemische Zusammensetzung der drei Quellen:

«Alta» und «Paracelsus-Quelle» nach den Analysen von Prof. Dr. Bosshard (1892). «Funtauna Surpunt» nach der Analyse von Prof. Dr. Treadwell (1887).

Die kohlensauren Salze als sogenannte «wasserfreie Bicarbonate» berechnet:

Bestandtheile	In 10,000 Gramm Wasser sind enthalten Gramme		
	Alte Quelle	Paracelsusquelle	Funtauna Surpunt
Calciumbicarbonat . .	11,15568	12,61028	10,06124
Magnesiumbicarbonat .	1.98271	2,01060	1,09252
Strontiumbicarbonat .	0,00079	0,00095	0,00065
Eisenbicarbonat . . .	0,33787	0,40217	0,50552
Manganbicarbonat . .	0,04952	0,05537	0,03696
Natriumbicarbonat . .	2,99921	3,16073	—

Kohlensäure-Gehalt.

In 10,000 Gramm Wasser sind enthalten:	Alte Quelle	Paracelsusquelle	Funtauna Surpunt
Freies halbgebundenes Kohlendioxyd (Kohlensäure)	Cm³	Cm³	Cm³
bei 0° und 760 mm	16190,7	16550,7	14481,4
bei Quellentemp. und 615 mm .	20403,9	20857,6	18350,2
Freies Kohlendioxyd (Kohlens.)			
bei 0° und 760 mm	13607,0	13652,0	12655,9
bei Quellentemp. und 615 mm .	17147,9	17170,6	16003,8

Das Kurhaus besitzt drei Arten von Bädern: Holzwannen, Metallwannen und Kachelbäder. Die Kachelbäder sind vor drei Jahren neu hergestellt und erfolgt die Erwärmung des Wassers mittelst Gegenstromapparaten — System Schaffstädt. — Der Kohlensäure-Verlust ist bei dieser Erwärmungsart der denkbar geringste.

Ferner verfügt das Kurhaus in einem heizbaren Pavillon über eine vollständig eingerichtete hydrotherapeutische Anstalt. Nach meinen Erfahrungen sind hydrotherapeutische Kuren in den Hochalpen, weil sie durch die kräftigende Wirkung des Hochgebirgsklimas auf Nervensystem und Gesammtorganismus unterstützt und ergänzt werden, von grösserer und anhaltenderer Heilwirkung als anderswo.

Das Kurhaus St. Moritz besitzt die höchstgelegenste Kaltwasserheilanstalt Europas. Als weitere im Kurhaus St. Moritz zur Anwendung kommende Heilmethoden sind noch die Massage und Electrotherapie anzuführen.

Die Bäder der «Funtauna Surpunt» werden in Kupferwannen genommen, die Erwärmung geschieht nach System Scherrer in Neunkirch.

Die günstige Wirkung der Trink-, Bade- und Kaltwasserkuren in St. Moritz wird noch wesentlich gesteigert durch den mächtigen Einfluss des Hochalpen-Klimas auf Athmung und Gasaustausch in den Lungen, auf Herzthätigkeit, Blutcirculation, Vermehrung der rothen Blutkörperchen, Stoffwechsel, Muskelarbeit, Hautthätigkeit und auf das Nervensystem.

St. Moritz gilt mit Recht als der Hauptrepräsentant der Hochalpen-Kurorte. Seine klimatischen Verhältnisse sind die denkbar günstigsten und charakterisiren sich hauptsächlich durch die geringen Niederschläge und die grosse Menge sonniger Tage — ungefähr ¹/₃ mehr wie in der Ebene, durch den verminderten Luftdruck — mittlerer Barometerstand 616 mm. — die geringe relative Feuchtigkeit und durch ein bei einer solchen Höhenlage in unseren Breiten nur ganz ausnahmsweise vorkommendes, gleichmässiges, mildes Klima mit hohen Temperaturen.

Heilanzeigen. In erster Linie werden Anomalien des Blutes und des Stoffwechsels in St. Moritz günstig beeinflusst Der mächtige Einfluss, welchen das Höhenklima auf die Vermehrung der rothen Blutkörperchen ausübt, ist durch exacte wissenschaftliche Untersuchungen festgestellt. Chlorose und Anämie bilden das Hauptcontingent und sind die Erfolge oft geradezu überraschende. Kranke, welche gegen diese Affectionen Jahre lang die Stahlbäder der Ebene ohne nennenswerthen Nutzen aufgesucht haben, werden durch eine ein- bis zweimalige Kur in St. Moritz dauernd geheilt. Die Erklärung dafür liegt in der Thatsache, dass St. Moritz mit den beiden besten Heilfactoren gegen derartige Leiden ins Feld rücken kann: mit den Einflüssen seiner vorzüglichen Eisensäuerlinge und seines hochalpinen Klimas. Darin steht St. Moritz einzig in der Welt da und gerade diese Combination von starken Stahlquellen und Hochalpenklima sichert St. Moritz-Bad den Vorrang vor allen anderen Eisenbädern.

Neben diesen Anomalien des Blutes treten die Krankheiten des Nervensystems immer mehr in St. Moritz-Bad in den Vordergrund. Die Neurasthenie in ihren verschiedenen Formen — besonders in Verbindung mit Anaemie — bildet ein sehr dankbares Feld.

Hydrotherapeutische Proceduren, der Gebrauch der kühlen Kohlensäurebäder, sowie Massage und Electrotherapie mit ihren bekannten günstigen Wirkungen auf das gesammte Nervensystem unterstützen und ergänzen in geeigneten Fällen den Einfluss des Höhenklimas. Hierbei ist aber zu bemerken, dass sich die Kräftigung des Nervensystems zuweilen noch nicht während der Dauer der Kur, besonders bei nervösen Erregungs-Zuständen, sondern erst später geltend macht. Auch die Hysterie, wenn es sich nicht um convulsive Formen handelt, wird im Allgemeinen günstig beeinflusst. Epilepsie, Chorea minor Paralysis agitans, Athetosis und Tetanie haben nichts von St. Moritz zu erhoffen.

Von den vasomotorischen und trophischen Neurosen seien hier besonders Hemicranie und Morbus Basedowii erwähnt. Bei der Hemicranie sah ich einige dauernde Erfolge. Auch Morbus Basedowii kann günstig beeinflusst werden, wenn die Krankheit im Anfangsstadium sich befindet und wenn der Aufenthalt sehr lange, Monate und Jahre, ausgedehnt wird. Ich verfüge über einige Fälle, die so gebessert sind, dass man fast von Heilungen sprechen kann.

Lungentuberculose soll nur nach St. Moritz geschickt werden, wenn es sich um kräftige Individuen im Initialstadium handelt. Patienten, die zu Blutungen und

Fieber neigen oder an Larynx-Tuberculose leiden, bleiben besser fern.

Junge Leute mit hereditärer Belastung und schlecht entwickeltem Thorax, die «Prophylaktiker» der Lungentuberculose, werden mit Erfolg in unser Hochthal kommen.

Für Malariakranke giebt es kaum einen besseren Kurort. Die schweren anämischen und nervösen Zustände, welche nicht selten im Verlaufe der Malaria beobachtet werden und in Verbindung mit dem hartnäckigen Fieber jeder anderen Therapie trotzen, verschwinden oft in kurzer Zeit und dauernd in St. Moritz. Dasselbe gilt von den im Verlaufe der Lues zuweilen auftretenden schweren Störungen in der Blutbildung.

Von den Krankheiten des Respirationsapparates seien hier noch Asthma, Heufieber und Emphysem erwähnt. Seröse pleuritische Exsudate werden zuweilen schnell resorbirt.

Auch auf die gichtische Diathese, auf rheumatische Leiden und auf Diabetes wirkt ein Aufenthalt in St. Moritz günstig ein. Dasselbe gilt von Dyspepsien besonders auf nervöser Grundlage, wenn sie nicht durch Magen- oder Darmcatarrh complicirt sind und von einfachen atonischen Zuständen des Darmtractus.

Albuminurie gehört im Allgemeinen nicht nach St. Moritz.

Von den Erkrankungen des Urogenitalapparates sind besonders die einfachen Menstruationsanomalien wie Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, ferner Fluor albus, Sterilität und nervöse Zustände für St. Moritz geeignet.

Gravidität ist keine Contraindication für St. Moritz und das Hochgebirge, wenn es sich um Multipare, die nie Neigungen zu Aborten gezeigt haben, handelt. Ich habe bei einigen schwächlichen anämischen graviden Frauen, die früher sehr zarte, elende Kinder geboren hatten, auf vorherige Anfrage der Hausärzte im Anfange der Gravidität direct zu einer St. Moritzer Kur gerathen und dabei sogar vorsichtig Kohlensäure-Bäder nehmen lassen. Der Erfolg war für die Mütter wie für die später geborenen Kinder ein ausgezeichneter. Die Patientinnen fühlten sich während der ganzen Dauer der Gravidität viel wohler und brachten viel kräftigere Kinder zur Welt wie früher. Auch für schwächliche, blutarme Kinder mit oder ohne Rhachitis und Skrophulose wirkt St. Moritz als vorzüglichstes Kräftigungsmittel. Ich stelle in dieser Beziehung die Hochalpen weit über die See.

Vielfach scheut man sich noch, und zwar mit Unrecht, Herzkranke wegen der Höhenlage nach St. Moritz zu schicken, obgleich nicht nur die Kohlensäure-Bäder, sondern auch das Hochalpenklima einen ausgesprochenen tonisirenden Einfluss auf den Herzmuskel und das Gefässsystem ausüben. Die Wirkung des Höhenklimas auf das Herz ist in sehr vielen Fällen eine äusserst günstige und wollen wir uns die physiologische Wirkung der Höhe auf den Herzmuskel kurz klar machen. Wir haben dabei ein erregendes Anfangs- und ein dauerndes kräftigendes Stadium zu unterscheiden. In der Acclimatisations-Periode, die gewöhnlich 8 bis höchstens 14 Tage dauert, macht sich oft eine Pulsbeschleunigung mit Herzklopfen und Oppressionsgefühl bemerkbar. Besonders stark treten diese Erscheinungen bei grösseren Bewegungen auf. Ist dieses Erregungsstadium überwunden, so tritt das Stadium der dauernden Kräftigung ein, welches durch eine beständige stärkere Contraction des Herzmuskels bedingt wird. Der Puls sinkt wieder auf die normale Zahl und wird voller und kräftiger als er vorher in der Ebene war. Durch einen ruhigen Aufenthalt im Höhenklima wird also dieselbe tonisirende Wirkung auf den Herzmuskel ausgeübt wie durch Terrain-Kuren, Heilgymnastik und Massage in der Ebene. Alle Herzaffectionen, bei denen es sich darum handelt, eine dauernde Kräftigung zu erzielen, werden günstig beeinflusst, vorausgesetzt dass der Herzmuskel im Stande ist, die an ihn im Hochgebirge gestellte Mehrarbeit zu leisten.

Bei Herzkranken empfiehlt es sich noch mehr wie für andere Patienten, auf halber Höhe eine Uebergangs-Station zu machen und sich während der Acclimatisations-Periode, also bis der Herzmuskel in das dauernde tonisirende Stadium eingetreten ist. in St. Moritz so ruhig wie möglich zu halten. Ruhe ist hier die erste Bürgerpflicht. Dann werden Höhenklima und CO_2 Bäder um so eher und um so nachhaltiger ihre kräftigende heilsame Wirkung auf den müden Herzmuskel und seinen nervösen Apparat entfalten.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass besonders die idiopathischen Hypertrophien und Dilatationen und das Fettherz, sowie die in Folge dieser Affectionen auftretenden Circulationsstörungen günstig beeinflusst werden. Dasselbe gilt von den Neurosen des Herzens wie Angina pectoris, nervöses Herzklopfen und Tachycardie, sowie von Alcohol-Herzen und Nicotin-Anginen. Auch gut compensirte Herzklappenfehler haben Nutzen von einer St. Moritzer Kur. In einigen Fällen sah ich sogar Oedeme und Stauungserscheinungen im grossen und kleinen Kreislauf, die in Folge von Compensationsstörungen aufgetreten waren, schnell und dauernd schwinden.

Contraindicirt sind alle Fälle, bei denen es sich um eine erhöhte arterielle Spannung handelt; ferner ausgesprochene Myodegeneration des Herzmuskels, vorgeschrittene Arteriosklerosis, besonders der Coronar-Arterien mit dadurch bedingter Angina pectoris, Aorten-Aneurysmen und die Affectionen des Herzens, welche in Folge von Nephritiden auftreten.

Ausser den genannten Krankheiten giebt es noch eine grosse Anzahl von abnormalen Zuständen, bei denen eine Kur in St. Moritz von Nutzen ist. Das sind vor allen Dingen Schwächezustände, welche nach langem Kranksein zurückgeblieben sind, wenn es sich darum handelt, den Organismus möglichst schnell und energisch wieder zu kräftigen. Ferner ist der Aufenthalt in St. Moritz Allen denen zu empfehlen, deren Körper und Nervensystem in Folge von aufreibender geschäftlicher oder gesellschaftlicher Thätigkeit während des Winters in einen Zustand allgemeiner Abspannung versetzt ist. Sie werden in St. Moritz neue Kraft zur Arbeit und zu den — Freuden der Tafel sammeln.

Patienten, die zum ersten Male nach St. Moritz kommen, ist anzurathen, eine kurze Uebergangs-Station zu machen, weil dann die Acclimatisationsperiode kürzer dauert und während derselben weniger Beschwerden auftreten. Als gute Uebergangsstationen sind zu nennen:

1) Auf der Route Schyn-Sulier: Chur, Thusis, Tiefenkastell, Savoguin, Mühlen.

2) Auf der Route Lenz-Albula: Chur, Churwalden, Parpan, Alvaneu, Bergün.

3) Auf der Route Landeck-Engadin: Tarasp, Vulpera, Schuls.

4) Auf der Route Davos-Flüela: Seewis, Klosters.

5) Auf der Route Chiavenna-Maloja: Promontogno.

Diejenigen Herren Collegen, welche Kranke nach St. Moritz zur Kur schicken, würden mich zu ganz besonderem Danke verpflichten, wenn sie kurz vor der Abreise eine Blutkörperchen-Zählung vornehmen und mir das Resultat derselben mittheilen würden.

Referate.

Dr. E. Lobstein-Heidelberg: Zur Casuistik des Gallenstein-Ileus. Beiträge z. klin. Chirurg. XIII. 2. p. 390.

Verf. theilt 2 Fälle von Gallenstein-Ileus mit. In beiden wurde die Laparotomie vorgenommen und je ein grosser Gallenstein aus dem Darm entfernt; in einem Fall lag der Stein in der oberen, im anderen in der unteren Hälfte des Ileum. Der eine Patient 69 a. n. starb am zweiten Tage nach der Operation, die zweite Patientin 68 a. n. genas.

An der Hand dieser Fälle hat Verf. 90 Fälle von Gallenstein-Ileus aus der Literatur zusammengestellt. — Die Symptome sind in fast allen Fällen die gleichen: seit längerer oder kürzerer Zeit bestehen Magen- oder Darmbeschwerden, die plötzlich zur Darmverschliessung führen, verbunden mit heftigem, oft genau localisirtem Schmerz im Leibe, mit Erbrechen, das rasch fäculent wird, mit vollständiger Aufhebung der Stuhlentleerung. In einzelnen Fällen bestehen Symptome, die auf Leber und Gallenblase zu beziehen sind und wenn dann plötzlich der Darmverschluss eintritt, so kann mit grösster Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass es sich um eine Einkeilung von Gallensteinen im Darm handelt. In anderen Fällen jedoch tritt das Symptom des Darmverschlusses ohne direkt hinweisende Erscheinungen ganz plötzlich acut auf.

Selten geben die eingeklemmten Steine einen palpabelen Tumor ab. Manchmal hat man im Erbrochenen Gallensteine nachweisen können.

Die Dauer und der Ausgang der Darmverschliessung sind verschieden. Von 61 Kranken genasen ohne Operation 32, starben 29. — Wenn es zur Heilung kam, dann hörten sämmtliche Erscheinungen nach Entleerung reichlicher Kothmassen auf, in denen sich dann ein oder mehrere Gallensteine vorfanden. Der Tod trat in den meisten Fällen am 4. oder 5. Tage unter zunehmendem Verfall, unter acut auftretender Peritonitis und Darmperforation ein.

Von den 31 operirten Fällen genasen 12 und das hauptsächlich frühzeitig operirte.

Was den Uebertritt grosser Steine in den Darm betrifft, so erfolgt er wohl meistens durch directe Communication der Gallenblase mit dem Duodenum. Die Einklemmung kann natürlich an jeder Stelle stattfinden, am häufigsten jedoch tritt sie im unteren Ileum und an der Ileocöcalklappe ein.

Brackel.

O. Brigel-Tübingen: Ueber Brüche der Luftröhre. Beiträge zur klin. Chirurg. XIV. 2. p. 517.

Verf. theilt einen Fall von unvollständig querer Ruptur der Luftröhre mit doppeltem Bruch des Ringknorpels mit. Patient 26. a. n. war von einem Holzwagen überfahren worden und hatte gleichzeitig noch verschiedene Rippenbrüche davongetragen, die ein ausgedehntes Hautemphysem zur Folge hatten. Trotz sofort vorgenommener Tracheotomie Tod nach 10 Stunden.

In seiner Literaturangabe hat Verf. 33 Fälle von Luftröhrenbrüchen zusammengestellt, von denen 21 isolirte Brüche der Trachea, 6 verbunden mit Brüchen des Schild- und Ringknorpels und 4 mit Brüchen des Ringknorpels allein waren.

Das erste Symptom des Bruches der Luftröhre, einerlei ob er isolirt oder combinirt mit Brüchen des Kehlkopfes einhergeht, ist eine schwere Dyspnoe. In keinem der angeführten Fälle wurde die Ruptur der Luftröhre sicher festgestellt, da Dislocation, abnorme Beweglichkeit, Crepitation nicht gefunden worden waren. Von den angeführten Fällen genasen 11 und zwar 9 bei denen ein isolirter Bruch der Luftröhre vorlag. Nur in einem Falle musste die Tracheotomie vorgenommen werden.

Brackel.

Prof. E. Baumann: Ueber das Thyrojodin. (Münch. med. W. Nr. 14).

Das Thyrojodin ist eine in kaltem Wasser fast unlösliche Substanz von schwach sauren Eigenschaften; in Weingeist und in Alkalien löst es sich, in reinem Aether ist es fast unlöslich. Das Thyrojodin enthält ausser Stickstoff Jod in sehr fester Bindung. Die bis jetzt analysirten Präparate ergaben einen Jodgehalt von 10 Proc. Um die Frage zu entscheiden, ob das Thyrojodin in der Schilddrüse frei oder in Verbindung enthalten sei, hat B. in Gemeinschaft mit Dr. Roos eine Reihe von Versuchen angestellt, welche ergaben, dass nur ein kleiner Theil des in der Schilddrüse enthaltenen Thyrojodins frei vorhanden ist. Die Hauptmenge ist an 2 Eiweisskörper, eine Albumin- und eine Globulinsubstanz gebunden, unter welchen die erstere stark vorwiegt. Durch wiederholte Extraction mit verdünnter Kochsalzlösung werden gut zerkleinerten Schilddrüsen alle Jodverbindungen entzogen. Durch Verdünnung mit viel Wasser und Einleiten von Kohlensäure wird aus dem Salzwasserauszug die jodhaltige Globulinsubstanz gefällt, welche entsprechend ihrem Jodgehalt bei Kröpfen ungefähr so wirksam ist, wie die frischen Schilddrüsen. Das Gleiche gilt von der Albuminverbindung (Thyrojodalbumin), welche durch Kochen aus dem mit Essigsäure angesäuerten Filtrat abgeschieden wird. Beim Kochen mit verdünnter Schwefelsäure wird aus beiden Eiweisskörpern Thyrojodin abgespalten.

Die von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeldt dargestellten Thyrojodinpräparate, von welchen 1,0 (die Milchzuckerverreibung) 0,3 mg. Jod enthält (entsprechend 1,0 frischer Schilddrüse) zeigten eine Wirksamkeit, welche derjenigen eines gleichen Gewichtes frischer Schilddrüse mindestens gleich kam. Das beweisen die Versuche der therapeutischen Anwendung des Mittels bei parenchymatösem Kropf (Roos), bei Myxoedem (Leichtenstern, Ewald), bei Adipositas (Ewald), endlich die Stoffwechselversuche an Thieren (Roos) und an Menschen (Treupel) und auch der Eintritt von charakteristischen Vergiftungserscheinungen, welche nach Application allzu grosser Dosen sich zeigten (Roos). Aus diesen Ermittelungen ergiebt sich, dass in der Schilddrüse nur eine specifisch wirksame Substanz, das Thyrojodin, enthalten ist. Bei allen Versuchen zeigte sich der überraschend schnelle Eintritt der Wirkung, der früher erfolgt, als bei der Anwendung von Schilddrüsen in frischem Zustand oder in Form von Tabletten, was darin eine Erklärung findet, dass aus den letzteren durch den Verdauungsprocess erst das Thyrojodin abgespalten werden muss.

Der Jodgehalt der Schilddrüsen schwankt zwischen ziemlich weiten Grenzen. Abnorm grosse Drüsen enthalten meist geringe Mengen von Jod. In den Kröpfen (5 Colloidkröpfe) wurden nur minimale Mengen von Jod gefunden. Auch bei den Thieren schwankt der Jodgehalt bedeutend. Die Hammelschilddrüse ist das beste Material für die Gewinnung des Thyrojodins, die Schweinsschilddrüse zeigte den geringsten Jodgehalt. Dass die Bildung des Thyrojodins in der Schilddrüse in hohem Grade abhängig ist von der Menge von Jod oder Jodverbindungen in der Nahrung, geht aus den angeführten Versuchen deutlich hervor.

Weyert,

Burckhard. Ueber Dilatation der Uretheren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstellen in die Harnblase. (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat. Bd. VII. № 4).

Gegenüber den Erklärungen von Bostroem und Nellsen, welche für diese Missbildung einen falschen Verlauf des Urethers zwischen Blasenmucosa und -muscularis verantwortlich machen, hält B. den von ihm beschriebenen Fall durch eine primäre Missbildung der Blasenwand bedingt, insofern als dieselbe an den Einmündungsstellen der Uretheren zu wenig Musculatur gebildet hat.

Wichert.

Der VI. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte (gegründet zum Andenken an N. J. Pirogow).

I.

Der vom 21.—28. April dieses Jahres in Kiew abgehaltene russische Aerztetag ist für den ärztlichen Stand in Russland von ganz besonderer Bedeutung gewesen. Nachdem der I. Congress 1883 in St. Petersburg zusammengetreten war, hatten die folgenden Congresse abwechselnd in St. Petersburg und Moskau getagt und nun galt es den ersten Versuch, diese Congresse auch in den Provinzialstädten abzuhalten. Bei der mehr peripheren Lage der beiden Residenzen ist es vielen Aerzten bisher unmöglich gewesen, dank der weiten Entfernungen, sich an denselben zu betheiligen. Ist es nun möglich, die Congresse in den verschiedenen Gegenden des Reiches abzuhalten, so erhalten viele Provinzialärzte, ohne zu grossen Aufwand an Zeit und Mitteln die Gelegenheit sich an dieser grossen Vereinigung des ärztlichen Standes zu betheiligen, während andererseits den Theilnehmern sich die Möglichkeit bietet, das weite Vaterland allmählich näher kennen zu lernen und sich mit der Lage der Collegen und der ärztlichen Einrichtungen in den verschiedensten Gegenden Russlands persönlich bekannt zu machen. So manche Zweifel wurden vor dem Beginn des Congresses laut, ob wir bereits so weit in der allgemeinen Entwicklung vorgeschritten, ob unsere provinzialen Städte bereits im Stande seien, eine so grosse Menge Aerzte bei sich aufzunehmen, ja ob es sich überhaupt lohne, eine so weite Reise für so kurze Zeit zu unternehmen, da ja unsere medicinischen Institutionen in der Provinz so wenig Lehrreiches bieten können.

Nun — wir können nach Schluss des Kiew'schen Congresses sagen, dass er alle Zweifel geschlagen und alle Erwartungen weit übertroffen. Er hat uns bewiesen, dass die Wahl einer provinzialen Universitätsstadt als Congress-Ort durchaus zeit-

gemäss gewesen und dass man auf dem Congress viel, sehr viel lernen und seinen Gesichtskreis erweitern konnte. Auch die stattliche Anzahl der Theilnehmer, über 1000 Aerzte, bewies, dass die Zaghaftigkeit, mit welcher die Kiewer Collegen an die Veranstaltung des Congresses getreten, eine unnöthige gewesen. Es werden gewiss viele Collegen bedauern, sich nicht dahin aufgemacht zu haben und wir können allen Collegen nur auf's Wärmste empfehlen, den auf 1898 nach Kasan bestimmten VII. Congress zu besuchen, sie werden dann gewiss nicht weniger interessante Erinnerungen nach Hause mitnehmen, wie wir in diesem Jahre aus Kiew. Wir kennen ja noch so wenig von unserem weiten Reiche und dessen medicinischen Einrichtungen, die Beziehungen der Residenz- und Provinzial-Collegen sind noch so gering, selbst unter den academischen Lehrern, dass die Congresse in den verschiedenen Universitätsstädten viel dazu beitragen können collegiale Beziehungen anzuknüpfen, zum Besten der Wissenschaft, der wir Alle dienen.

Entgegen dem bisherigen Usus, die Congresse um Neujahr, in der Winterferienzeit abzuhalten, wurde dieses Mal der April gewählt, wo gewöhnlich der Frühling in Kiew schon in voller Entfaltung.

Freilich waren zu dieser Zeit manche Professore dadurch abgehalten, dass sie mit Examina und Vorlesungen noch stark in Anspruch genommen; so war die Moskauer Universität z. B. nur durch wenige, die Militär-medicinische Academie gar nur durch einen einzigen Professor vertreten. Dagegen waren von dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene 4 Professoren anwesend, trotzdem das Semester noch nicht geschlossen. Mit gutem Willen kann man eben Manches doch erreichen.

Obgleich, wie überall in diesem Jahre, der Frühling sich auch in Kiew verspätet, fand am 21. April beim herrlichsten Wetter die Eröffnung des VI. Congresses um 1. Uhr im stattlichen bis auf den letzten Platz gefüllten Saal des Stadthauses statt. Ausser dem General-Gouverneur, Graf Ignatjew, dem Gouverneur L. Tomara, dem Curator des Lehrbezirkes Geheimrath Weljaminow-Sernow, dem Adelsmarschal Fürst Repin, dem Stadthaupt Solski bemerkte man zahlreiche hochgestellte Würdenträger und auf dem Chor viel Publikum, namentlich auch Damen. Das allgemeine Interesse für den Congress war offenbar ein viel regeres als in unseren Residenzen.

Nachdem die Nationalhymne gesungen und der General-Gouverneur die Versammlung begrüsst, fand die Eröffnung durch eine längere Rede des Vorsitzenden des Organisationscomité, Prof. der Chirurgie Dr. P. Morosow (Kiew) statt. In seiner Rede wies er auf die Bedenken hin, welche das Organisationscomité gehabt, wenn es an die in der Residenz abgehaltenen Congresse dachte. Ferner hob M. hervor, dass Kiew gerade besonderen Grund habe, sich über das Erscheinen der ärztlichen Pirogow-Gesellschaft zu freuen, da ja doch Pirogow einen Theil seines so fruchtbringenden Lebens gerade in Kiew verbracht. M. hiess die Collegen aufs herzlichste in Kiew, der Mutter der russischen Städte willkommen!

Ferner erinnerte M., dass am 26. April der Schweizer Pastor Henry Dunan, der Begründer der Gesellschaften des «rothen Kreuzes» seinen 67. Geburtstag feiere und proponirte sich dem Danke, der diesen durch seine hervorragende Humanitäts-Idee um die ganze Menschheit verdienten Manne gebühre, anzuschliessen und ihm im Namen des VI. russischen Aerzte-Congresses telegraphisch den Ausdruck der tiefsten Dankbarkeit zu übermitteln. Der Vorschlag wurde natürlich mit Enthusiasmus angenommen.

Darauf begrüsste Prof. Erismann (Moskau) die Versammlung als Präsident des ständigen Ausschusses der Gesellschaft und gab einen kurzen historischen Ueberblick über die russischen Aerzte-Congresse.

Die Idee dazu wurde 1881 in Moskau während der Feier des 50-jährigen Gelehrten-Jubiläum's Pirogow's am 24. Mai angeregt, das Statut der Gesellschaft Ende 1883 bestätigt, nachdem viele Bedenken zu überwinden gewesen. Der I. Congress fand 1885 Ende December statt, mit etwas über 500 Theilnehmern, doch schon auf dem II. Congress, in Moskau, Anfang Januar 1887 war die Zahl der Betheiligten auf 1300 gestiegen, ein Zeichen wie sehr diese Vereinigung bei den Collegen Beifall gefunden. Im Januar 1889 auf den III. Congress in St. Petersburg stieg die Zahl der Theilnehmenden bereits auf 1750. Der IV. Congress fand in Moskau im Januar 1891 und der V. Congress vom 27. December bis 4. Januar 1894 statt. Auf dem letzteren wurde die Verwaltung der Gesellschaft organisirt und zu einer ständigen erhoben, der Beschluss gefasst ein beständiges Organ zu begründen und jedem Arzt die Möglichkeit gegeben sich als ständiges Mitglied einzuschreiben. Das Capital der Gesellschaft beträgt bereits 18000 R. Ausserdem sind zu einem Denkmal für Pirogow, welches in Moskau vor den neuen Kliniken, während des XII. internationalen med. Congresses eröffnet werden soll, 13000 R. gesammelt.

Nachdem nun die Wahlen für den Vorstand [Ehrenpräsident: Prof. N. Sklifassovski, Vice-Präsident: St. Petersburger Gouvernements-Landschaftsarzt Dr. J. Dmitriew. Secretaire: Dr. Kortschak-Tschepurkorski (Kischenew) und Prof. F. Ssinizin (Moskau)] stattgefunden, hielt Prof. Sklifassovski eine Rede: «Am Vorabende des internationalen medicinischen Congresses in Russland», in welcher er darlegte, wie sich die medicinischen Wissenschaften in Russland in den letzten Decenien entwickelt und das wissenschaftliche Leben der Aerzte stetig zunimmt, sodass man es wohl wagen könne die Aerzte des Auslandes bei uns aufzunehmen. Von besonderer Wichtigkeit sei die Sprachenfrage. Natürlich könne eine so verwickelte und ernste Frage nur vom internationalen Congress selbst entschieden werden, es sei jedoch schon eine wichtige Strömung für die Annahme einer Hauptsprache vorhanden und es sei wohl sehr wahrscheinlich, dass die französische Sprache den Sieg davon tragen werde.

Zum ersten Male, hob er mit Stolz hervor, sei auch die russische Sprache als officiell zulässig auf einem internationalen Congress anerkannt, doch knüpfte er daran an die Collegen die Ermahnung, sich mit dem Bewusstsein dieses Erfolges zu begnügen und sich derselben im Interesse der auswärtigen Collegen, bei den Vorträgen derselben möglichst wenig zu bedienen, um den Collegen die Theilnahme an der wissenschaftlichen Arbeit nicht so zu erschweren, wie dieses in Rom der Fall gewesen, (wo viel mehr italienisch gesprochen als verstanden worden. Ref.)

Nachdem nun Prof. Bechterew (St. Petersburg) noch einen allgemein verständlichen Vortrag über die Localisation der bewussten Thätigkeit gehalten, verschiedene Glückwunschtelegramme verlesen und an den ersten Präsidenten des I. Congresses, Prof. Krassovski abgesandt, wurde die Sitzung um 4 Uhr geschlossen.

Montag den 22. April, begannen die Sections-Sitzungen. Ausführlicheres über dieselben zu berichten wird erst möglich sein, wenn alle Nr.Nr. des Tageblattes erschienen (beim Verlassen von Kiew hatten wir deren erst 7 erhalten), so können wir nur aphoristisch Notizen über die von uns mitgemachten Sitzungen geben.

Am Meisten waren natürlich die Sitzungen der Section der Standesfragen besucht, die zuerst im Stadthause abgehalten wurden, als sich dieses jedoch bei der Masse der Theilnehmenden als zu klein erwies, fand die 3. Sitzung bereits in dem prachtvollen und sehr geräumigen Saal des Kaufmannsclubs statt. Daselbst wurde am Abend des 23. auch ein sehr hübsches Concert für die Congressmitglieder gegeben, in welchem unter Anderem auch ein Studentenchor in ausgezeichneter Weise Männerquartett sang.

Sämmtliche Hospitäler und Kliniken waren selbstverständlich den Collegen geöffnet und müssen wir sagen, dass die neuen Kliniken wenn auch viel einfacher als in den Residenzen, so doch praktisch und zweckentsprechend eingerichtet sind, die alten Kliniken in dem Militärhospital freilich lassen viel zu wünschen übrig.

Dasselbe lässt sich auch von den Hospitälern sagen.

Das grosse Schluss-Diner haben wir nicht mitgemacht, wohl aber das Diner der dermatologischen Section, welches sehr animirt und kameradschaftlich verlief. Von der Gastfreundschaft der Kiewer Collegen haben wir die besten Erinnerungen mitgenommen. Auf den täglichen Frühstücken und Mittagen bei den einzelnen Collegen wurde man in wahrhaft lucullischer Weise aufgenommen und aus den zahlreichen Reden sprach immer wieder die Freude der Gastgeber, die Collegen aus der Ferne bei sich zu sehen. Nur ein Diner, welches eine Aerztin ihren Colleginnen gegeben, gab Stoff zu manchem Gerede, da auf demselben einige Colleginnen sich soweit enthusiasmirten, dass sie die Hoffnung aussprachen es möge bald so weit kommen, dass die weiblichen Aerzte ihren eigenen Congress berufen könnten. Nun, wir möchten uns gerade nicht diesen Hoffnungen anschliessen, denn es liegt ja garkeine Ursache vor, dass sich die Aerztinnen von den Aerzten trennen sollten, nachdem Letztere die Ersteren für gleich berechtigte Collegen anerkannt und gerade der Kiewer Congress dazu mitgewirkt, das alle Aerzte Russlands umschliessende Band der collegialen Vereinigung wiederum fester zu ziehen, um gemeinsam für die Hebung unseres Standes zu arbeiten, die ihm noch so nothwendig ist nach Aussen und nach Innen.

P.

Vermischtes.

— Anlässlich der Krönung sind unter Anderem nachstehende Auszeichnungen an Medicinalpersonen Allerhöchst verliehen worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Alexander-Newski-Orden — dem Ober-Militär-Medicinalinspector, Geheimrath Dr. Remmert. Der Weisse Adler-Orden — den Geheimräthen Dr. Enkhof, Militär-Medicinalinspector des St. Petersb. Militärbezirks; Dr. Fowelin, Corpsarzt des Gardecorps und Dr. Geltowski, Mil.-Med.-Inspector in Kiew. — Der St. Wladimir-Ord. I. Classe — dem Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Geh.-Rath Dr. Sklifassowski, der St. Wladimir-Ord. II. Classe — dem Gehilfen des Mil.-Med.-Inspectors des St. Petersburger Militärbezirks, Geheimrath Dr. Schenk. Der St. Annen-Ord. I. Cl. — dem Mitgliede des Conseils des Ministeriums der Volksaufklärung, Prof. Dr. Anrep, dem Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes Dr. Alyschewski und dem gelehrten Secretär des mil.-med. gelehrten Comités, Dr. Nicolajew.

— Allerhöchstes Wohlwollen eröffnet für ausgezeichnet eifrigen Dienst: den wirkl. Staatsräthen — dem Arzt des St. Petersb. Arsenals Dr. Oppenheim, dem Oberarzt des Leibgarde-Ismailowschen Reg. Dr. Cyon und den Divisionsärzten Dr. Böttcher und Dr. Brehm.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Chef der mil.-med. Academie Dr. Paschutin; die Professoren der medicinischen Facultät, Dr. Klein (Moskau) und Dr. Trautvetter (Warschau); die Militär-Medicinal-Inspectoren Dr. Malinin (Kaukasus) und Ljubarski (Kasan).

— Zu wirklichen Staatsräthen — der Director des Instituts für Experimentalmedicin, Dr. Lukjanow, der Geschäftsführer des Medicinalraths Dr. Woronichin, der Rector der Tomsker Universität Prof. Ssudakow und die Professoren der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. Rählmann und Dr. Tschisch.

— Prof. Dr. Veit, Privatdocent der Gynäkologie an der Berliner Universität, ist zum Professor und Director der Universitäts-Frauenklinik nach Leyden berufen worden und hat den Ruf angenommen. Die Leitung der von Veit gegründeten Poliklinik für Frauenkrankheiten in Berlin hat sein langjähriger Assistent Dr. R. Schaeffer übernommen.

— Verstorben: 1) In Cherson der dortige Sanitätsarzt Dr. Nowizki, welcher sich mit Morphium vergiftet hat, im 39. Lebensjahre. Bei dem Verstorbenen hatte man seit dem Tode seiner Frau, und seines Kindes welche an einem und demselben Tage an Diphtherie starben, eine psychische Verstimmung bemerkt. 2) Im Gouv. Ufa der dortige Landschaftsarzt Joh. Tscheschichin im 25. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Hingeschiedene, welcher aus Riga stammte, hatte erst vor ca. einem Jahre den Cursus an der Moskauer Universität absolvirt. 3) In Tübingen der frühere Professor der Anatomie Dr. Wilh. v. Henke im Alter von 62 Jahren. H. bekleidete die Professuren der Anatomie anfangs in Rostock, dann in Prag und seit 1875 in Tübingen, wo er im vorigen Jahre aus Gesundheitsrücksichten seine Stellung aufgab. 4) In Berlin der Regierungs- und Medicinalrath Dr. Agathon Wernich, Mitglied des Medicinal-Collegiums, 53 Jahre alt. Der Hingeschiedene habilitirte sich 1872 als Docent an der Berliner Universität und wirkte dann 2 Jahre als Docent für Geburtshülfe und innere Medicin an der Universität Tokio in Japan. Nach seiner Rückkehr hielt er Vorlesungen über Epidemiologie und Geschichte der Medicin an der Berliner Universität und gab mit Prof. Hirsch und Gurlt das biographische Lexicon berühmter Aerzte heraus. Dr. Wernich war auch Herausgeber der «Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin» und des «Medicinalkalenders für den preussischen Staat».

— Vom 27.—30. Mai tagte in Berlin die XXV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, welche mit der Jubiläumsfeier der Gesellschaft verbunden war, im grossen Hörsaale des Langenbeckhauses. Als derzeitiger Vorsitzender eröffnete Prof. Dr. E. v. Bergmann die Festsitzung mit einem Rückblick auf die Geschichte der Gesellschaft, in welchem er eine lebensvolle Characteristik der drei Gründer der Gesellschaft (Simon, Langenbeck und Volkmann), sowie auch anderer um die Gesellschaft hochverdienten Mitglieder (V. v. Bruns, Thiersch, Bardeleben) gab. Von den 130 Chirurgen, bei welchen der Aufruf der obengenannten 3 Initiatoren vor 25 Jahren Anklang fand, leben als Mitglieder der Gesellschaft nur noch 50. Zum Schluss verkündete der Vorsitzende unter dem lauten Beifall der Versammlung, dass die Geheimräthe Prof. von Esmarch und Prof. Dr. Gurlt zu Ehrenmitgliedern ernannt sind. Die Reihe der Festvorträge eröffnete Prof. von Esmarch mit einem Vortrage über die Erfolge der künstlichen Blutleere. Die Versammlung war sehr zahlreich, da viele Ehrengäste, theils Vertreter der ausländischen Chirurgen (aus St. Petersburg Prof. Sklifassowski und Dr. Ebermann), theils Vertreter anderer medicinischen Gesellschaften, sowie auch Vertreter der Kunst, Literatur und des medicinischen Buchhandels anwesend waren.

— An Spenden für die Leprösen im Jakutengebiet sind beim Oeconomie-Departement des Synods bis jetzt über 23,000 Rbl. eingeflossen.

— In der Stadt Tomsk wird ein neues Hospital mit einer Irrenabtheilung erbaut werden, wozu vom Reichsrath 194 028 Rbl. aus den Summen des Ministeriums des Innern bewilligt worden sind.

Дозв. ценз. Спб 27 Мая 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, 1. (13.) Juni 1896

Aus dem Stadtkrankenhause zu Riga. Abtheilung des Dr. P. Hampeln.

Casuistischer Beitrag über die Beziehungen des Oesophagus-Carcinoms zur Aorta.

Von

Dr. med. Wilhelm Vierhuff.

Assistenzarzt.

Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 3. April 1896.

M. H.! Die anatomischen Verhältnisse der Brusthöhle bedingen, dass der erkrankte Oesophagus in mannigfaltiger Weise seine Nachbarorgane schädigt, eine Functionsstörung derselben verursacht und direct diese Schädigung sogar eine ernste Gefährdung des Lebens hervorrufen kann. Wir sehen, dass ulceröse Processe von der Speiseröhre auf die Bronchien und die Lungen übergreifen, dass spitze Fremdkörper die Oesophaguswand perforiren und in die Aorta eindringen, dass ferner Divertikel bei genügend grosser Ausdehnung durch Druck auf Herz, Trachea, Bronchus oder Nervus recurrens nicht nur hochgradige Athmungsbeschwerden und Herzklopfen hervorrufen, sondern auch durch Perforation in eines der genannten Organe einen tödtlichen Ausgang des Leidens veranlassen können. Die genannten Krankheitszustände sind aber nicht häufig, sondern treten weit in den Hintergrund im Verhältniss zu einer anderen Krankheit des Oesophagus: dem Carcinom. Die Eigenthümlichkeiten des Carcinoms: sich nicht mit der Zerstörung des einmal ergriffenen Organs zu begnügen, sondern andere Organe in Mitleidenschaft zu ziehen und dort das begonnene Zerstörungswerk fortzusetzen, — finden wir auch beim Oesophaguscarcinom wieder. Befindet sich das Carcinom im oberen Abschnitt der Speiseröhre, so veranlasst es gelegentlich durch Druck auf die Nervi recurrentes eine Kehlkopflähmung, die total oder halbseitig auftritt je nachdem beide oder nur ein Nervus recurrens betroffen ist. Die daraus resultirende Behinderung der Stimmbildung ist nicht selten in diagnostischer Beziehung als Frühsymptom des Oesophaguscarcinom zu verwerthen, indem sie vor der Stenose auftreten kann. Wenn das Carcinom tiefer sitzt, so greift es gelegentlich auf die Trachea über und perforirt in dieselbe, wenn es noch weiter abwärts gelegen ist, dann bricht es in die Bronchien, die Lungen, die Pleurahöhle, das Pericard resp. das Herz selbst durch. Als Seltenheit ist ein Durchbruch in die Aorta und in die von derselben abgehenden grossen Gefässe zu bezeichnen; noch seltener durchsetzt das Carcinom die Wirbelkörper oder es wuchert durch die Foramina intervertebralia in den Wirbelkanal hinein und verursacht Compressionserscheinungen des Rückenmarkes.

Wenn ich mich nun einer kurzen Betrachtung der Perforation des Oesophaguscarcinoms in die Aorta zuwende, so hat das seinen Grund einmal in der grossen Seltenheit dieses Vorkommens, dann aber in dem Bestreben, genaueres über die Pathogenese der Aortenperforation zu erfahren. Zur Feststellung des Zusammenhanges wurde in dem zweiten anzuführenden Falle auf Wunsch von Dr. Hampeln das Präparat von Dr. Krannhals einer genauen Analyse unterworfen, auf deren Resultat später eingegangen werden wird.

Beim Studium der einschlägigen Literatur stossen wir auf wenige Fälle von Oesophaguscarcinom, die in die Aorta perforirten.

Petri[1]) beobachtete im pathologischen Institut zu Berlin unter 44 Fällen von Krebs der Speiseröhre 27 Perforationen, unter denen 1 mal die Aorta und 2 Intercostalarterien blosgelegt waren.

Eichhorst[2]) beobachtete unter 34 Fällen von Oesophaguscarcinom 12 mal Perforationserscheinungen, und zwar war es zu einem Durchbruch in die Trachea resp. Bronchien 9 mal, ins Pericard 2 mal und die Aorta 1 mal gekommen.

[1]) Petri: «Ueber 44 im pathologischen Institut zu Berlin in der Zeit von 1859—1868 vorgekommene Fälle von Krebs der Speiseröhre». Dissertation. Berlin.

[2]) Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1895.

Ueber 2 Fälle von Perforation der Aorta bei Oesophaguscarcinom berichtet Zahn[3]) im Virchowschen Archiv aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Genf. Er hat in der Literatur nur 2 analoge Fälle gefunden, die beide von französischen Autoren beschrieben sind.

Ewald[4]) hat trotz seiner grossen Erfahrung nur einmal einen derartigen Fall gesehen: es handelte sich um einen 60-jährigen Mann, der plötzlich unter den Erscheinungen des Blutbrechens und des Collapses zu Grunde ging. Bei der Section fand sich ein an der Kreuzungsstelle mit dem Bronchus sitzendes Oesophaguscarcinom, das in die Lungen und Aorta durchgebrochen war. An der Adventitia derselben war in einer der Grösse einer Erbse entsprechenden Ausdehnung die Gefässwand arrodirt und ulcerirt und sich einengend ging der Process auf die Muscularis und Intima über.

Stadelmann[5]) berichtet über 2 Fälle. Im ersten Fall handelt es sich um eine 73-jährige Frau, die collabirte und unter den Zeichen der inneren Blutung starb. Es fand sich 10 Cm. oberhalb der Cardia ein verjauchtes und in die Aorta perforirtes Carcinom des Oesophagus. Im zweiten Fall handelt es sich um einen 51-jährigen Mann, der 1 Monat vor seinem Tode zum ersten Mal Blutbrechen hatte, das sich noch 2 mal wiederholte, bis schliesslich beim 3. mal der Tod erfolgte. Die Autopsie ergab ein zerfallenes Carcinom, welches 15 Cm. oberhalb der Cardia sass und in die Aorta durchgebrochen war. Zwischen dieser und dem Carcinom fand sich eine kleine Verbindung von Stecknadelkopfgrösse. Stadelmann meint, dass sich die Perforationsstelle mit Fibringerinnseln und Blutcoagulis verstopft hatte und dadurch das Aufhören des Blutbrechens, während durch das Loslösen jener das Wiedereintreten desselben zu erklären sei.

Die Diagnose war in beiden Fällen nicht gestellt worden, es lässt sich aber vielleicht die mehrere Wochen vor dem Tode auftretende Blutung in ähnlicher Weise für die Diagnose einer bevorstehenden Perforation verwerthen, wie die praemonitorischen Lungenblutungen im Verlaufe des Aortenaneurysma.

Die citirten 5 Fälle von Perforation eines Oesophaguscarcinom in die Aorta sind die einzigen, die sich in der Literatur fanden. Als weiterer Beleg für die Seltenheit dieses Ereignisses diene noch die Thatsache, dass im allgemeinen Krankenhause zu Riga nur 2 derartige Fälle beobachtet worden sind. Vom Jahre 1881 bis April 1896 sind 49 Fälle von Oesophaguscarcinom secirt worden. Darunter findet sich Perforation in 26 Fällen (=53,1 %) während in 23 Fällen (=46,9 %) eine solche nicht stattfand:

Es perforirte das Carcinom:
- in die Lungen 12 mal,
- in einen Bronchus 4 mal,
- in die Pleura 4 mal,
- in die Trachea 2 mal,
- in den linken Bronchus und Trachea zugleich 1 mal,
- in die Aorta 2 mal,
- in das Mediastinum post. 1 mal.

Es ist nunmehr zu erwägen, wie eine Perforation der Aorta durch ein Oesophaguscarcinom zu Stande kommen kann. Handelt es sich um eine einfache mechanische Wirkung des Carcinoms auf die Aorta, etwa in der Art wie ein Aortenaneurysma benachbarte Organe usurirt, oder ist der Durchbruch aus anderen Gründen zu erklären?

Gegen erstere Annahme spricht schon die Erwägung, dass der Oesophagus, auch wenn er durch eine Geschwulst an Volumen bedeutend gewonnen hat, ein viel zu schwaches Organ ist, als dass er ein so gewaltiges Gebilde wie die Aorta arrodiren könnte. Ein Tumor des Oesophagus, wenn er auch aus Plattenepithel besteht, wie es beim Oesophaguscarcinom in der Regel der Fall ist, könnte eine derartige mechanische Leistung nicht ausführen, eher wäre es schon denkbar, dass eine jauchig zerfallene Geschwulstmasse die Aortenwand angriffe und zum Zerfall brächte. Aber auch das scheint bei der Stärke der Aortenwandungen unwahrscheinlich, man erwäge blos, wie lange kleine Gefässe, ja selbst Capillaren, die in Abscesshöhlen oder in tuberculösen Cavernen verlaufen, dem zerstörenden Process Widerstand leisten. Wir wissen ja, dass selbst diese kleinen Gefässe erst dann bluten, wenn sie erkrankt sind, denn die Blutungen aus Cavernen treten in der Regel erst ein, wenn sich miliare Aneurysmen in den durch die Cavernen verlaufenden Gefässen bilden. Es erscheint also schwer denkbar, dass eine gesunde Aortenwand ohne Weiteres einer mechanischen Einwirkung zum Opfer fallen könnte und es gewinnt die Annahme an Wahrscheinlichkeit, dass die Aorta vorher erkrankt sein müsse, ehe es zur Perforation kommt.

Sehen wir zu, wie sich zu dieser Annahme die gleich mitzutheilenden Fälle verhalten.

Fall I. Aufgenommen in's Krankenhaus den 21. April 1894. Gestorben den 29. April 1894.

Diagnose: Carcinoma oesophagi perforans in Aortam.

Anamnese: C. R. 58 a. n., Kutscher, starker Raucher, mässiger Trinker, hereditär nicht belastet, war stets gesund bis auf Schwindelgefühl, an dem er seit Jahren litt. Er klagt über Behinderung beim Schlucken, die seit 4 Wochen bestehen soll. Die festen Speisen sollen angeblich in der unteren Sternalgegend ein Hinderniss finden und nach einiger Zeit wieder durch den Mund zum Vorschein kommen. Daselbst Schmerzen unabhängig vom Essen. Kein eigentliches Erbrechen. Kein Durst. Keine Harnbeschwerden. Kein Fieber. Abmagerung.

Status praesens: Mässige Ernährung. Keine Anaemie. Geringe Cyanose der Lippen. Keine Drüsen. Keine specifischen Narben. Keine Oedeme. Zunge belegt, feucht. Gutes allgemeines Befinden. Sensorium frei. Pupillen normal. Respiration ruhig. Puls 60 im Ganzen regelmässig und gleichmässig. Harn braun, klar, sauer, kein Albumin. 1024.

Breiter normaler Thorax. Normale Lungengrenzen, Schall und Athmung. Kleine Herzdämpfung, kein Ictus. Leise normale Herz- und Gefässtöne. Keine abnorme Pulsationen. Leib nicht aufgetrieben, längs des Rippenbogens in der regio epigastrica druckempfindlich. Leber und Milz normal.

Olive № III stösst in der Tiefe von 36 Cm. auf ein Hinderniss, daselbst starke Dilatation des Oesophagus.

Im Verlaufe der Krankheit blieb der Zustand im Wesentlichen unverändert, die Schlundsonde passirte stets das Hinderniss. Patient konnte gut schlucken, nur selten trat eine vorübergehende Behinderung des Schluckvermögens ein, bis dasselbe in der allerletzten Zeit andauernd gut war. Häufig waren Schmerzen in der Sternalgegend, dem Rippenbogen und der rechten Seite, die in ihrer Intensität wechselten; zunehmende Abmagerung und Fieber in der letzten Zeit.

28. Juni Abends trat nach heftigen Schmerzen in der Sternalgegend und dem Epigastrium Blutbrechen ein (ca. 8500 Cm.). Schwarzer Stuhl.

29. Juni Nachmittags abermals Blutbrechen. Sensorium benommen. $5^{1}/_{2}$ Uhr Nachmittags exitus.

Sectionsprotokoll (Dr. Krannhals): Magere Leiche, hellbräunliche Haut, anämische Schleimhäute. Kein Icterus. Kein Exanthem. Keine Oedeme. Herz und Lungen normal. Aorta fast vollkommen normal, nur an den Abgängen der grossen Gefässstämme geringe weissliche sklerotische Verfärbung. 6 Cm. jenseits des Abganges der Art. subclavia sin. findet sich an der rechten Circumferenz des absteigenden Thoraxtheils der Aorta eine rundliche zackig umrandete 1—2 Mm. weite Oeffnung mit weisslich nekrotischer Verfärbung der Aortenintima der nächsten Umgebung. Durch die Oeffnung gelangt man ohne Weiteres in das Innere des Oesophagus, dessen mittlerer Abschnitt durch eine zerfallene Krebswucherung fast gänzlich zerstört ist. Der nekrotische Zerfall ist

[3]) Zahn: Ueber 2 Fälle von Perforation der Aorta bei Oesophaguskrebs. — Virchows Archiv Bd. 117.
[4]) Ewald: Deutsche med. Wochenschrift 1895, № 13.
[5]) Stadelmann: Deutsche med. Wochenschr. 1895, № 31.

nach Zerstörung des Aorta und Oesophagus zusammenhaltenden Bindegewebes an circumscripter Stelle bis zur Perforation der Aorta gediehen. Das Oesophaguscarcinom beginnt 10—12 Cm. vom Ringknorpel entfernt, die carcinomatöse Partie ist 8 Cm. lang und befindet sich mit ihrem unteren Rande 7—8 Cm. oberhalb der zackigen Grenzlinie zwischen Oesophagus und Magen. Die krebsig entartete Partie hat eine hellgraugelbe Farbe und ist zu einer weichen, theils krümligen, theils schmierigen Masse zerfallen. An der Stelle der Perforation der Aorta ist sie von Blutfarbstoff dunkelbraun gefärbt. Nur an der vorderen Wandung des Oesophagus ist noch eine 1—2 Mm. breite, längs verlaufende Brücke erhalten, sonst begreift die Entartung und Zerstörung die gesammte Circumferenz des Oesophagus an dieser Stelle. Nach rechts hin findet sich Verlöthung des Oesophagus mit dem oberen Theil des Unterlappens der rechten Lunge und oberflächlich gangränöse Zerstörung dieser letzteren. Weite des Oesophagus oberhalb des Carcinoms 7—8,5 Cm., unterhalb derselben 4,5 Cm. Schleimhaut des erhaltenen Theils weisslichgrau. — Larynx, Trachea normal.

Bauchhöhle: Peritoneum, Netz normal. Leber 29. 20. 12. 8. Anämische blassröthliche Trübung. Milz zerfliessend weich, nur als grau-rother Brei zu erhalten. Mässiger Grad von Schrumpfniere. Im Magen und Darm grosse Mengen schwärzlich geronnenen Blutes, vielfach schmutzig hellröthlich imbibirt, wo das nicht der Fall ist, sehr blass grau-gelb. Darmwandungen etwas ödematös, Mesenterium, Pankreas, Nebennieren, Harnblase normal.

Fall II. Aufgenommen am 21. Februar 1895, gestorben am 28. Februar 1895. Diagnose: Carcinoma oesophagi. Perforatio in Aortam.

B. K. 49 a. n. Kaufmann, kein Raucher, mässiger Trinker, Vater aus unbekannter Ursache gestorben. Pat. ist im Allgemeinen stets gesund gewesen, hat keine venerischen Affectionen durchgemacht, leidet seit 8 Monaten an Schlingbeschwerden, die Speisen bleiben im Oesophagus eine Zeitlang stecken. Seit 4 Monaten erbricht Pat. alle genossene feste Nahrung, seit ein paar Tagen auch Flüssiges. Bisweilen sind Perioden gewesen wo Pat. essen konnte ohne zu erbrechen. Appetit gut. Stuhl angehalten. Durst und Diurese gering. Grosse Schwäche und Abmagerung. Seit 2 Wochen Husten und mässiger Auswurf. Kein Blut. Keine Brustschmerzen. Keine Athemnoth. Pat. ist nicht bettlägerig gewesen.
Status präsens: Reducirter Ernährungszustand. Kachektisches Aussehen. Haut rein. Kein Exanthem. Keine Anämie. Keine Cyanose. Kein Icterus. Allgemeine Drüsenschwellungen, keine besonderen am Halse. Keine Narben. Keine Oedeme. Genitalbefund normal. Respiration ruhig Sputum schleimig. Puls 78 regelm., gleichm. von mässiger Fülle und Spannung. Harn röthlich, trübe, kein Albumin. Objectiver Befund im Ganzen, sowohl der Brust als Abdominalorgane negativ. Die Sondirung des Oesophagus ergiebt ein Hinderniss bei 30 cm. Dieses wird mit der kleinen Olive gut passirt. Stenose ca. 4 cm. lang. Geringe Blutung. Körpergewicht 97 ℔.

27. Februar. Am Morgen Haemoptoe (i. Glas). Starker Sternalschmerz. Cyanose der Lippen. Blässe des Gesichts. Puls nicht fühlbar. — Abends mehrere flüssige, schwarze Stühle gewesen. Puls sehr klein und weich.

28. Februar. 6½ Uhr Morgens exitus.

Sectionsprotokoll: Herz überlagert, Pericardium frei, ca. 30 ccm. gelblichen Serums. Herz klein (9. 9,5. 5.), mit dunkeln Gerinnseln gefüllt. Linke Lunge oben leicht verwachsen, kein Exsudat. Rechte Lunge ganz frei. Normale Pleuren. Magen ausgedehnt, prall mit blutig geronnenen Massen gefüllt im ganzen ca. 1000 ccm. keinerlei metastatische Drüsen. Unterleibsorgane normal.

Oesophagus-Aortenpräparat (Dr. Krannhals): Die mittleren Partien des Oesophagus in einer Längsausdehnung von 5—6 cm. von einem die gesammte Circumferenz desselben einnehmenden Carcinom zerstört. Es findet sich hier nach oben und unten scharf gegen die gesunde hellblaugraue Schleimhaut sich absetzend eine grau-braune trockene krümelige im Zerfall begriffene Masse und ist die Partie nach links hin stark ausgebaucht, so dass, wenn man diese Ausbauchung auch noch zum Oesophagus rechnen will, hier sein Umfang im Lichten 8—10 cm. misst (Oesophagusumfang oberhalb des Carcinoms 5—6 cm., unterhalb 4,5 cm.). Nach links hin wird die Wandung dieser Quasi-Höhle von der Aorta begrenzt und gehen die genannten Geschwulstmassen auf das dieselbe einhüllende Bindegewebe über welches wesentlich verdickt erscheint. An einer Stelle der Höhle hat eine Perforation der Aortenwandung von aussen her stattgefunden und findet sich hier auf der Intimaseite des Aortenrohres ein rundliches ca. 2 mm. Durchmesser haltendes Loch, in dessen nächster Umgebung die Intima grau verfärbt erscheint. Sonst Aorta normal. Die untere Grenze der carcinomatösen Partie reicht bis 4 cm. oberhalb der zackigen Grenzlinie zwischen Oesophagus und Magenwand, am oberen Rande finden sich ein paar kleine secundäre submucös gelegene Knötchen. Die mikroskopische Untersuchung eines solchen submucösen Knötchens ergiebt ein Plattenepithelcarcinom mit (wenigstens an dieser Stelle) sehr kernreichem interstitiellem Bindegewebe. Die mikroskopische Untersuchung der Perforationsstelle der Aorta ergiebt: Krebsige Entartung des Bindegewebes der Adventitia bis zur Media heran, in der Media selbst jedoch nirgends Krebsmassen, hier nur nekrotischer Zerfall, wahrscheinlich durch Zugrundegehen der vasa vasorum in der Krebswucherung bedingt. Oberhalb und unterhalb der nächsten Umgebung der Perforationsstelle reicht nirgend die krebsige Entartung der Adventitia bis an die Media heran, sondern finden sich an der Adventitia nur vereinzelte kleinste (mikroskopische) Krebsheerdchen».



Wir sehen in beiden Fällen die typischen Symptome des Oesophaguscarcinoms: Schlingbeschwerden, — die festen Speisen bleiben anfangs im Oesophagus stecken, alsdann regurgitiren aber auch Flüssigkeiten, — Erbrechen, Schwäche, und endlich die Abmagerung. Nach einiger Zeit verschwinden die Erscheinungen der Stenose, das Schlucken gelingt besser, der Kranke schöpft neue Hoffnung, und ahnt nicht, dass die scheinbare Besserung statt der erhofften Genesung den endgültigen tödtlichen Ausgang bedeutet, denn der Zerfall des Tumors beginnt und beschleunigt das Ende.

Die profuse Blutung in den beschriebenen Fällen lässt uns den in die Aorta stattgefundenen Durchbruch des Oesophaguscarcinoms erkennen und wird diese Diagnose durch die Autopsie bestätigt.

In den beiden beschriebenen Fällen sehen wir, dass das Carcinom die Aorta durchsetzte, und eine directe Communication mit der Speiseröhre herstellte. Die in der Umgebung der Perforationsöffnung befindlichen zerfallenen Krebsmassen und Gewebstheile dürften wohl im Stande sein, zusammen mit Blutgerinnseln vorübergehend den Defect in der Aortenwand zu decken und dadurch eine momentan eintretende Verblutung zu verhindern. In beiden Fällen trat der Tod ein 24 Stunden nach der ersten Haemoptoe.

Die mikroskopische Untersuchung des Präparates zeigt, dass die Aortenperforation die Folge des Uebergreifens des Carcinoms auf die Gefässwand selbst ist. Wir sehen die Adventitia Aortae carcinomatös entartet, die Media ist allerdings von Plattenepithelzellen noch nicht durchsetzt, sondern nur nekrotisch zerfallen. Dieser Zerfall ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Folge einer mangelhaften Gewebsernährung durch Zerstörung der vasa vasorum. Nachdem dann die Adventitia krebsig entartete und die Media nekrotisch zerfiel, wurde die Aortenwand an einer umschriebenen Stelle verdünnt. Die Intima allein konnte dem andringenden Blutstrom keinen Widerstand leisten, sie musste dem hohen Druck weichen

und es kam zum Durchbruch, bevor das Carcinom die beiden anderen Schichten der Gefässwand auch noch durchwachsen konnte. Es ist uns also der zuletzt beschriebene Fall ein Paradigma dafür, dass es nicht ein mechanischer Einfluss von Seiten des Oesophaguscarcinom ist, der die Aorta zur Perforation bringt, sondern dass die Wandung derselben carcinomatös entarten muss, damit eine Bedingung zum Durchbruch geschaffen wird.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Dr. Hampeln auch an dieser Stelle meinen Dank dafür auszusprechen, dass er mich durch Ueberlassung des Materials zu vorliegender Mittheilung angeregt hat.

Referate.

Löffler und Abel. Ueber die specifischen Eigenschaften der Schutzkörper im Blute Typhus- und Coliimmuner Thiere. (Centrlbl. f. Bact. Bd. XIX. № 2/3).

Verf. unternahmen eine Reihe Immunisirungsversuche an Hunden mit Typhus- und Coli- culturen verschiedener Provenienz, um die Wirksamkeit der Sera zu prüfen. Bei Behandlung der Thiere mit steigenden Dosen virulenter Typhus- resp. Coli-culturen gelang es dem Serum eine specifische Schutzwirkung, nur gegenüber der Bacterienart, mit welcher das Thier behandelt war, zu verleihen; während gewöhnliches Serum nur gegen die einfach tödtliche Dosis und niedrige Multipla derselben schützt, tritt letztere Wirkung beim, «specifischen» Serum auch gegenüber weit höheren Gaben auf. Auch bei Injectionen eines Gemisches von Bacterien und schützendem Serum liess sich diese specifische Wirkung nachweisen, wobei an dem nach der Pfeiffer'schen Capillarmethode entnommenen Peritonealinhalte die Bacterien auflösende und zum Verschwinden bringende Wirkung des specif. Serums sich nachweisen liess. Bei gewöhnlichem Serum liessen sich diese Erscheinungen nicht constatiren, ebenso erwiesen sich Coli-Serum gegen Typhusbacterien und Typhusserum gegen Colibacterien, was die Bacillen auflösende Thätigkeit anbelangt, unwirksam während sich durch Injectionen des Coliserums gegen Typhusbac. eine etwas höhere Schutzwirkung als durch normales Serum erreichen liess, und ebenso umgekehrt durch Typhusserum gegen Coliculturen. Die Verfasser sehen in diesem letzteren Verhalten den Ausdruck einer gewissen Familienverwandtschaft beider Mikrobenarten.

Es gelang ferner den Verfassern ein schnelles und sicheres Immunisirungsverfahren zu finden, indem sie erst normales Serum in die Bauchhöhle injicirten und nach 24 Stunden abgetödtete Culturen in derselben Weise folgen liessen. Auf diese Weise machten sie in 2 Wochen ein Meerschweinchen gegen die 100-fache tödtliche Dosis unempfänglich. Auch die Versuche durch schnell einander folgende Injectionen von immer steigenden Quantitäten virulenter Culturen eine «forcirte» Immunität zu erreichen führten vollkommen zum Ziele, indem die Verf. bei derart behandelten Meerschweinchen innerhalb 48 Stunden die 100-fache tödtliche Dosis injiciren konnten. Ebenso gelang es auch die Thiere nach vorausgegangener intraperitonealer Injection virulenter Culturen noch nach 8 Stunden mit Injection specifischen Serums zu retten.

Interessant sind die Resultate welche die Verf. bei Immunisirungsversuchen mit Coliserum gegen Colibacterien erhielten, insofern als nur innerhalb einer gewissen Grenze liegende Serummengen gegen die immer gleiche Culturmengen schützten; geringere und auch höhere Serummengen hatten keine Wirkung. Pfeiffer hat bei seinen Choleraversuchen ähnliche Resultate erhalten. Wichert.

Melnikow—Raswedenkow. Ueber das Aufbewahren path.-anatomischer Präparate. (Centralbl. f. Path. und path. Anat. Bd. VII. № 2).

Um das naturgetreue Aussehen der Präparate zu bewahren wendet Verf. folgendes Verfahren an: erst Behandlung mit reinem Formalin (40% Lösung chem. reinen Formaldehyds), sodann mit 95% Alcohol, wodurch die natürlichen Farbenschattirungen wieder zum Vorschein kommen, endlich mit einer Mischung von Kal. acetic 30,0 Glycerin 60,0 und Wasser 100,0 welch' letztere Lösung dem vorbehandelten Präparat ganz das Aussehen eines frischen geben soll.

Organe in toto, sowie allzu grosse Stücke sollen nicht für diese Behandlung geeignet sein.

Jores. Die Conservirung anatomischer Praeparate in Blutfarbe mittels Formalin. (Centralblatt f. Allg. Path. und path. Anat. Bd. VII. № 4).

J. fixirt anfangs in einer Formalin-Salzlösung, welche die natürliche Blutfarbe und die Gefässinjection conserviren soll. Diese Lösung soll gegenüber der Formalin-Wasserlösung den Vortheil haben, dass die Präparate auch zur mikroskopischen Untersuchung geeignet bleiben. Die Salzlösung hat folgende Zusammensetzung: 1,0 Kochsalz, 2,0 Magnes. sulf., 2,0 Natr. sulf., 100,0 Wasser, wozu dann Formalin in einem Verhältniss von 1:20 Salzlösung gesetzt wird. Dauer des Verbleibens der Präparate in der Lösung je nach der Grösse verschieden. Sodann werden die Präparate in Alcohol behandelt, bis die Farbe wiederkehrt und schliesslich werden sie in mit Brunnenwasser zur Hälfte verdünntem Glycerin aufbewahrt. (Ref. hat diese Methode nachgeprüft und kann sie als ganz vorzüglich empfehlen).

Wichert.

Justi. Ein Fall von primärer Myombildung im Herzen. (Centralbl. f. Path. Bd. VII. № 1).

Verf. giebt die Krankengeschichte und den Sectionsbefund eines 34-jährigen Mannes wieder, der bis vor ½ Jahr nie krank gewesen war, dann verschiedene, in ihrer Deutung unklare Symptome von Herzklopfen, Mattigkeit, Husten angeblich ohne blutigen Auswurf und Schwellung der Füsse dargeboten hatte. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus constatirte man schaumig-blutiges Sputum, keine Oedeme, kleinen weichen leicht unterdrückbaren Puls, 124 in der Minute, unregelmässige Herzaction, keine verbreiterte Dämpfung, keine Geräusche. Pat. starb nach einigen Tagen, nachdem am Tage vor dem Tode Dyspnoe, Palpitationen und Erweiterung der Herzdämpfung bis zum rechten Sternalrande aufgetreten waren. Eine bestimmte Diagnose war nicht gestellt worden.

Bei der Section fanden sich im linken Vorhof 2 von der Wand ausgehende Tumoren, der eine von kleinapfelgrösse, der andere wallnussgross, welche die Mündungen der Lungenvenen verlegten.

In Betreff der Literatur wird auf die Arbeit von Fränkel in der Festschrift zur Eröffnung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses verwiesen.

Wichert.

Jolles. Eine empfindliche Probe zum Nachweis von Albumin im Harne. (Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiol. Chemie. Bd. XXI. Hft. 4).

Verf. empfiehlt eine Lösung von Sublimat 10,0, Bernsteinsäure 20,0 und Kochsalz 10,0 in 500,0 Wasser als sicheres Reagens für Eiweiss auch in einer Verdünnung von 1:120000. Gegenüber der Spiegler'schen Probe, die aber in chlornatriumarmen Harnen im Stiche lässt, kommt dem empfohlenen Verfahren unbedingte Zuverlässigkeit zu. Bei Ausführung der Probe wird der filtrirte Harn zu ¼ seines Volumens mit verdünnter Essigsäure versetzt und sodann ebensoviel Reagens zugefügt, wieviel Harn gebraucht wurde. Für durch Bacterienreichthum trübe Harne lässt sich auch das Ueberschichtungsverfahren anwenden.

Wichert.

Prof. W. Winternitz: Die Hydrotherapie der Lungenphthise. Therap. Wochensch. 1896. № 14.

Wie bereits in früheren Jahren, hat Prof. Winternitz auch auf dem letzten Balneologencongress einige Mittheilungen gemacht über die Hydrotherapie der Lungenphthise. Ihm stehen bisher 299 Krankheitsfälle die derartig behandelt wurden, zur Verfügung mit 32 % günstigen Erfolges. Verfasser möchte es gleich am Anfange seines Vortrags betont wissen, dass neben der Hydrotherapie natürlich auch alle diaetetischen, hygienischen, manchmal auch pharmaceutischen Massnahmen getroffen werden müssen, um dem Kranken den möglichst grossen Nutzen zu bringen. Namentlich erheischt die grösste Beachtung die sich entwickelnde Tuberculose, denn hier vermag die von Winternitz empfohlene Behandlung — nämlich die Anwendung des kalten Wassers — die grössten Erfolge zu erzielen.

Nach der Erfahrung Verfassers darf man von der therapeutischen Anwendung des kalten Wassers bei der Phthise, im Vereine mit allen hygienischen und diätetischen Behelfen folgendes erwarten: «1. Selbst bei den desperatesten und unrettbar verlorenen Fällen grosse subjective Erleichterung und Erweckung neuer Genesungshoffnung und 2. Bei weniger desperaten Fällen fast sichere Beseitigung des Fiebers, Zunahme des Körpergewichtes, Beseitigung der Nachtschweisse, Erleichterung, Verminderung des Hustens und meist des Auswurfes und anderer subjectiver Beschwerden, allmälige Besserung des Localbefundes, Verminderung, endlich Verschwinden der Bacillen».

Da es nun nothwendig ist, soll die Hydrotherapie der Phthise eine Verbreitung finden, ein Schema der Anwendung zu kennen, so kann nur sehr willkommen sein die Art und Weise, wie Verf. uns zunächst mit der Methode Aberg's bekannt macht, um alsdann seine eigene uns gleichfalls mitzutheilen. Aberg unterscheidet nun drei Grade von Wasseranwendung.

1) partielle kurz und flüchtig ausgeführte Waschungen mit dem ausgedrückten Schwamme, nachher verlässliches Trockenreiben der Theile.

2) partielle Begiessungen aus einer Giesskanne mit folgendem Trockenreiben. In diesen beiden, sowohl Waschungen als auch Begiessungen empfiehlt Aberg Wasser von 0°, also sogenanntes Eiswasser.

3) empfiehlt Aberg ein Vollbad von 7—13°. Dauer ein Moment. Eintauchen sammt dem Kopfe. Exactestes Abtrocknen wie auch bei den beiden ersten Proceduren.

Winternitz hat nun mit nicht weniger Erfolg angewandt statt der 0° Theilwaschungen Aberg's Theilwaschungen mit 7—8°, statt der Uebergiessungen Abreibungen in 7—8° Lacken. Statt des dritten Grades der Vollbäder hat er mit grossem Nutzen kalte Regendouchen angewandt, mitunter auch Tauchbäder von 12—14°.

Bei einer derartigen Behandlungsweise schwand in der grossen Mehrzahl der Fälle Fieber und Nachtschweiss schon nach wenigen Tagen. Der Appetit nahm meist zu, die Ernährung besserte sich und das Körpergewicht stieg demgemäss oft in unglaublich kurzer Zeit an. Die Schwindsucht war dadurch behoben, die Tuberculose natürlich nicht geheilt: für diese bedarf es ja viel Zeit und Ausdauer. Die Erklärung für diese günstige Beeinflussung durchs kalte Wasser liegt in dem termischen und mechanischen Reiz. der als natürlicher Lebensreiz aufzufassen ist. «Alle Wehr- und Hilfskräfte des Organismus werden durch denselben wachgerufen, um sich der Schädlichkeiten, Infectionen, Intoxicationen, Auto-intoxicationen zu erwehren».

Hecker.

A. Theilhaber: Zur Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri. Monatsschrift f. Gebh. und Gynäk. 1896. Februar.

Die meisten Fälle von Retroflexio machen keine Symptome. Wenn solche vorhanden sind, so werden dieselben nicht durch die Retroflexio hervorgerufen. Th. sah eine ganze Reihe von Fällen in denen die Symptome fortbestanden nach Reposition des Uterus, während in anderen Fällen trotz der fortbestehenden Lageveränderuug der Gebärmutter die Pat. unter indifferenter Behandlung genasen. Rückenschmerzen, Leibschmerzen und Verstopfung sind die Folge von Atonie des Darmes. Nervöse Symptome, auch Neuralgie sind die Folge von Neurasthenie. Endometritis oder Metritis rufen Fluor albus und Blutungen hervor. Das Gesagte bezieht sich sowohl auf die fixirten als auch beweglichen Retroflexionen. Man kann mit dem Verf. nur übereinstimmen in der Kritik der umsichgreifenden operativen Tendenz bei der Behandlung der Retroflexionen. Th. betont die Behandlung mit Massage, Hydrotherapie und Gymnastik. Er schliesst seine Arbeit mit folgenden Worten: «Ein volles Vierteljahrhundert wurde gekämpft bis allgemein anerkannt wurde, dass die Anteflexio nicht orthopädisch behandelt werden dürfe. Vielleicht ist man, bevor abermals ein Vierteljahrhundert vergangen ist, allgemein zu der Ueberzeugung gekommen, dass bei einem Organ, das vermöge seiner Lage zwischen Nachbarorganen mit wechselndem Inhalt stündlich seine Lage und Form wechseln muss, dass bei diesem Organ zahlreiche Variationen der Form und Lage möglich sind, ohne dass hierdurch Veranlassung gegeben wird zu ernsten Störungen der Gesundheit».

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Professor Olof Hammarsten (Upsala): Lehrbuch der physiologischen Chemie. Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden 1895. Preis M. 8.60.

Das werthvolle und die Anerkennung Aller bereits besitzende Buch des bekannten schwedischen Physiologen Hammarsten, der im vergangenen Jahre gestorben ist, hat in der vorliegenden, seiner dritten Auflage eine vervollständigende und den Stoff vermehrende Umarbeitung erfahren. Dem Verfasser war es noch vergönnt das Erscheinen der neuen Auflage mitzuerleben. Irgend einer Empfehlung bedarf ja dieses Werk durchaus nicht, es steht ja allem dem nach, was uns darin geboten wird, vollkommen auf der Höhe der Wissenschaft und in seinem Vorworte sagt auch Hammarsten selbst, dass er leider die während des Druckes des Buchs ihm zugänglich gewordenen Aufsätze nicht hat gleichfalls mitberücksichtigen können. Eine fürwahr nicht nöthige Entschuldigung, betrachtet man die ohnehin umfangreiche und gründliche Litteraturkenntnis, die einem solchen gediegenen Werke zu Grunde liegt. Bezüglich der Anordnung des Stoffes ist zu sagen, dass sie im Wesentlichen dieselbe geblieben ist, nur sind noch einige Kapitel hinzugekommen. So sind dieses Mal die organischen Nährstoffe: die Proteinsubstanzen, Kohlehydrate und Fette in je gesonderten Kapiteln besprochen worden. Auch ist der Chemie der Respiration ein besonderer Abschnitt zugetheilt worden. Was nun aber den Werth der neuen Auflage noch erhöht sind die überall hineingefügten Litteraturangaben. An dieser Stelle möchte ich gleichfalls hinweisen auf die in unserer Zeitschrift bereits im Jahre 1891 erfolgte Besprechung der vorhergehenden Auflage. Die Anschaffung dieses Buches kann nur warm empfohlen werden.

Hecker.

O. Schaefer: Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus. Berlin. Verlag von A. Hirschwald 1896.

Verf. untersuchte die Wehenthätigkeit auf die Frequenz, Zeitdauer. Formcharakter in den verschiedenen Geburtstadien und die Volumveränderung der Gebärmutter und ihrer Bewegungen durch die Wehen. Zu diesem Zweck construirte sich S. eine Zinkblechpelotte, welche mittelst eines elastischen Gurtes auf den Leib aufgeschnallt wird, die Pelotte ist mit einem Gasometer in Verbindung gesetzt, an dem eine automatisch schreibende Feder angebracht ist. Die durch den Luftdruck übertragenen Wehendruckschwankungen werden als Curven mittelst eines Kymographion fixirt. Verf. führt für die verschiedenen Curventypen Bezeichnungen wie α—β—γ—etc. —Typus ein. In der Anfangshälfte der Eröffnungsperiode sind die Wehen, als Curve projicirt, am kürzesten und niedrigsten, in der Austreibungsperiode ist ein deutliches «plateauförmiges Maximum» zu bemerken. Die an sich practisch wohlbekannten Verhältnisse sind durch eine Reihe wohlgelungener Curven graphisch illustrirt. Die atonischen Wehen sind in den ersten drei Geburtsvierteln schwächer, dafür tritt zur Schlusshälfte der Austreibungsperiode eine Compensation der bisherigen Geburtsverzögerung ein durch eine grössere Anzahl physiologisch starker Wehen. Bei Wehenschwäche hat Verf. mehrfach Ergotin — Bombelon 0,05—0,1 subcutan mehrmalig in Pausen von 3/4—1 Stunde angewandt und die Beobachtung gemacht, dass nach schmerzlosen Pausen die Wehen kräftiger werden und zum gewöhnlichen Typus (α — Typus) übergehen, so dass durch Aenderung des Typus und Verstärkung der Wehen eine günstige Wendung eintritt. Von günstigem Einfluss ist das Ergotin subcutan gleichfalls bei Krampfwehen, die unter schärferer Abgrenzung von Wehen und Pausen ihren krampfartigen Charakter mehr oder weniger einbüssen.

Lingen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Im Tannigen, einem Derivat des Tannins, besitzen wir laut den Berichten von Escherich und Biedert (Therap. Wochenschr. 1896 № 10 und № 12), ein vorzügliches Mittel, das nach mehr oder weniger langem Gebrauch, selbstredend bei entsprechender Diät, geeignet ist chronische Diarrhoen von Erwachsenen und Kindern, namentlich bei denen Schleim in den Stühlen auftritt zum Schwinden zu bringen. Nach Biedert komme man aus, wenn bei Kindern bis zu drei Jahren Tannigen à 0,1 gr. dreimal täglich verordnet wird. Bei Erwachsenen genügen 0,5 gr. dreimal täglich, und bei längerem Gebrauche sogar 0,3 gr. Man verabreiche das Mittel 1/2 — 1 Stunde nach der Mahlzeit, weil man dann der vorhandenen Säure wegen auf eine Unlöslichkeit des Tannigens rechnen darf; in den Darm weitertransportirt kommt es in den Partien, wo eine alkalische Reaction herrscht, zur Entfaltung seiner Wirksamkeit.

— Dr. Holst-Riga empfiehlt das vor Kurzem von Prof. Kobert dargestellte Hämolum bromatum in solchen Fällen, wo eine andauernde, mässige, calmirende Bromwirkung erwünscht ist. Die Dosis muss etwa doppelt so gross als die der anorganischen Bromsalze genommen werden. Intoxicationserscheinungen traten nie ein. Durch den Gehalt an Bluteisen wird eine günstige tonisirende Wirkung erreicht.

In einer Nachschrift bemerkt Prof. Kobert Folgendes: Bromhämol enthält nur 2,7% Br (Bromkali — 67,1%); letzteres «findet sich hier in eigenartiger organischer Bindung und durchläuft den Organismus so langsam, dass dadurch bei längerer Darreichung von mehrmals täglich 1—2 Gramm doch eine Bromwirkung erzielt wird». Das Mittel schädigt das Blut in keiner Weise, kann im Gegentheil den Hämoglobingehalt des Blutes, falls er subnormal ist, steigern. Es dürfte sich daher besonders für anämische Personen mit empfindlichem Magen, welche kleiner Bromdosen bedürfen, empfehlen.

Für luetische Nervenleiden wird das eben in Prüfung befindliche Haemolum hydrargyrojodatum in Aussicht gestellt. Alle diese Präparate können sowohl als Pulver wie auch als Tabletten und Chocoladepastillen bezogen werden.
(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, März 1896).

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Ehrenleibmedicus Dr. Roschtschinin, dem Mitglied des mil.-med. gelehrten Comités Dr. Reich, dem Director der hiesigen Marien-Entbindungsanstalt Dr. A. Schmidt, dem Oberarzt des Moskauer Findelhauses Dr. Müller, dem Consultanten bei den Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Luppian, dem Professor der Charkower Universität Dr. Hirschmann und dem Consultanten an der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Dr. Stein. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — den Professoren der mil.-med. Academie Danilewski, Bechterew und Tarenezki, dem älteren Arzt des Nicolai-Kinderhospitals Dr. Severin, dem Consultanten bei den Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. Neumann, dem Professor der Kiewer Universität, Dr. Heubel, dem Director der Schule der Gräfin Kleinmichel, Dr. Frankenhäuser und dem Brigadearzt der finnischen Schützenbrigade Dr. Krebel.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Gehülfe des Directors der hiesigen Entbindungsanstalt, Dr J. Tarnowski. Zum wirklichen Staatsrath — der ältere Arzt der Augenheilanstalt Dr. Weyert und die Professoren der mil.-med. Academie Pasternazki, Kostjuriu, Albizki, Kruglewski und Ratimow.

— Ernannt: Der ältere Arzt der 7. Flottenequipage Staatsrath Dr. Murinow, — zum Ehrenleibchirurg des Allerhöchsten Hofes, unter Belassung in seinem bisherigen Amte.

— Am 6. Mai beging der Divisionsarzt Dr Joh. Grimm hierselbst sein 25-jähriges Dienst-Jubiläum als Militärarzt. Bei dieser Gelegenheit erhielt der Jubilar zahlreiche Beweise der Hochachtung seitens des Officierscorps und der Aerzte der Division. Von den letzteren wurde ihm ein werthvolles Album mit Photographien dargebracht. — Dr. Grimm stammt aus Riga und hat seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er im Jahre 1866 die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann mehrere Jahre als Civilarzt und als sächsischer Stabsarzt im deutsch-franz. Kriege gewirkt, trat er im Jahre 1871 in den Medicinaldienst des Kriegsministeriums in St. Petersburg und nahm am Chiwa-Feldzuge sowie am russisch-türkischen Kriege theil. Von 1881—83 befand er sich in bulgarischen Diensten als General-Inspector des Sanitätswesens und Leibarzt des Fürsten von Bulgarien; nach seiner Rückkehr nach Russland war G. anfangs Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals, und an der Nicolai-Cavallerieschule in St. Petersburg und gegenwärtig bekleidet er das Amt des Divisionsarztes der 37. Inf.-Division.

— Am 6. Juni n. St. vollendeten sich 40 Jahre, seit Professor Dr. Rudolf Virchow aus Würzburg, wo er bereits 7 Jahre als Patholog und Physiolog eine Professur bekleidete, nach Berlin auf den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie berufen wurde. Damals existirten an den preussischen Universitäten noch keine Lehrstühle für pathol. Anatomie.

— Prof O. Schmiedeberg, Director des pharmakologischen Instituts an der Universität Strassburg (früher bekanntlich in Dorpat), ist von der Pariser Academie der Medicin zum auswärtigen correspondirenden Mitgliede gewählt worden.

— Der ausserord. Professor an der deutschen Universität Prag, Dr. Ph. Jos. Pick, ist zum ordentlichen Professor der Dermatologie und Syphilidologie ernannt worden.

— Zum Nachfolger Prof. G. Lewin's, welcher seine Professur an der Berliner Universität aufgegeben hat, ist von der medicinischen Facultät an erster Stelle Prof. Dr. Fürbringer, Director der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Friedrichshain, in Vorschlag gebracht worden.

— Dem bekannten Berliner Frauenarzt Sanitätsarzt Dr. Ruge ist der Professortitel verliehen worden.

— Dr. Johannes Kehr, Besitzer einer chirurgischen Privatklinik in Halberstadt, ist zum Professor ernannt worden. Diese ungewöhnliche Auszeichnung, Kehr steht erst im 34. Jahre und hat vor 10 Jahren die Staatsprüfung absolvirt — verdankt er vor Allem seinen erfolgreichen Arbeiten über Gallenchirurgie.

(A. m. C.-Ztg.)

— Verstorben: 1) Am 13. Mai in Ufa der dortige Arzt Alexander Schmitz im 69. Lebensjahre. Der Verstorbene hat fast 43 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. 2) In Kiew der dortige Arzt Anton Krzizanowski im Alter von 66 Jahren. 3) In Andlau der frühere Strassburger Professor der Medicin, Dr. Alexis Stoltz, 92 Jahre alt. 4) In London der Kliniker und frühere Professor der Pathologie am University-College, Dr. John Russel Reynolds, im 68. Lebensjahre. Seine wissenschaftliche Thätigkeit betraf vorzugsweise das Gebiet der Nerven- und Gehirnkrankheiten.

— Das Generalsecretariat des bevorstehenden XII. internationalen medicinischen Congresses in Moskau macht die fremdländischen Aerzte auf einen Misstand aufmerksam, der in letzter Zeit hervorgetreten ist. Ausländische Aerzte hatten vielfach unter gleichzeitiger Ankündigung ihrer Mitgliedschaft am Congress den Beitrag von 10 Rbl, in Noten an den Schatzmeister des Congresses Prof. Filatow mittelst eingeschriebenen Briefes eingesandt. Nach russischen Gesetzen darf aber Geld nur in Form von Geldbriefen, nicht in einfach eingeschriebenen Briefen versandt werden. In letzterem Falle hat die Post das Recht einen Theil des Geldes zu confisciren. Um Unannehmlichkeiten und Verluste zu vermeiden, werden die Einsender daher gut thun, diese russische Postregel nicht ausser Acht zu lassen.

— Die Charkowsche medicinische Gesellschaft feierte am 26. Mai ihr 35-jähriges Bestehen. Die Zahl der Mitglieder beträgt mehr als 200.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Mai d. J. 7337 (55 wen. als in d. Vorw.), darunter 967 Typhus — (14 wen.), 563 Syphilis — (19 mehr), 174 Scharlach — (7 wen.), 56 Diphtherie — (1 mehr), 107 Masern — (2 mehr.) und 86 Pockenkranke — (2 wen.) als in der Vorw.

Am 25. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 7494 (157 mehr als in der Vorwoche), darunter 1060 Typhus — (133 mehr), 620 Syphilis — (57 mehr), 169 Scharlach — (5 wen.) 70 Diphtherie — (14 mehr), 97 Masern (10 wen.) und 80 Pockenkranke (6 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. Mai bis 18. Mai 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
407	315	722	166	80	112	24	9	31	73	60	53	36	43	27	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 28, Febris recurrens 7, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 28, Scharlach 23, Diphtherie 7. Croup 10, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 38, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 34.

Für die Woche vom 19. Mai bis 25. Mai 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
385	300	685	137	72	135	20	6	27	63	61	38	47	43	22	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 27, Scharlach 21, Diphtherie 9, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 52, Todtgeborene 31.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Soeben erschien:

Handbuch der speciellen Therapie der Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Bearbeitet von Prof. R. Frommel, Erlangen; Prof. Dr. E. Graser, Erlangen; Prof Dr. W. von Heineke, Erlangen; Prof. Dr. O. Heubner, Berlin; Prof. Dr. O. Leichtenstern, Köln; Prof. Dr. O. Madelung, Strassburg; Med.-Rat Dr. C. Merkel, Nürnberg; Prof. Dr. F. Penzoldt, Erlangen; Prof. Dr. B. Riedel, Jena; Prof. Dr. F. J. Rosenbach, Göttingen; Privatdozent Dr. O. Seifert, Würzburg; herausgeg. von Dr. **F. Penzoldt**, Prof. in Erlangen und Dr. **R. Stintzing**, Prof. in Jena. Mit 71 Abbildungen im Text. Preis: brosch. M. 18—, geb. M. 20.50.

Dieses Werk bildet zugleich den vierten Band des «Handbuchs der speciellen Therapie innerer Krankheiten».

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.

Redigiert von **J. Mikulicz**, Breslau und **B. Naunyn**, Strassburg i. Elsass.

Erster Band. Zweites Heft. Mit 2 Tafeln und 1 Textfigur.

Inhalt: Gerhardt, C., Ueber das Verhalten der Körperarterien bei Basedow'scher Krankheit. — **Jurinka, Josef,** Zur konservativen Behandlung der menschlichen Aktinomykose. — **Schlesinger, Wilhelm,** Bemerkungen zu einem Falle von metapneumonischem, interlobärem Empyem mit Durchbruch in die Lunge. — **Kolaczek,** Ein durch ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel, das eine Neubildung vorgetäuscht hat. — **Landerer, A.** und **Glücksmann, Georg,** Ueber operative Heilung eines Falles von perforiertem Duodenalgeschwür, nebst Bemerkungen zur Duodenalchirurgie. — **Siegel, Ernst,** Die Appendicitis und ihre Komplikationen. — **Reinbach, Georg,** Ueber die Erfolge der Thymusfütterung bei Kropf. — **Quincke, H.,** Ueber Pneumotomie bei Phthise. — **von Beck, Bernhard,** Ueber Punktion der Gehirnseitenventrikel. — **Henle, A.,** Beitrag zur Pathologie und Therapie des Hydrocephalus. Mit Tafel I und II.

Preis für den Band von ca. 40 Bogen und etwa 20 Tafeln oder entsprechendem Ausgleich 25 Mark.

Riedel, Prof. Dr. B., Direktor der chirurgischen Klinik in Jena, **Anleitung zum Operieren** an der Leiche und am Lebenden **mit Rücksicht auf die ärztliche Praxis.** Für Aerzte und Studierende. Mit 3 lithographischen Tafeln und 2 Abbildungen im Text. Preis: brosch. M. 2,50, eleg. geb. M. 3,20.

Wasielewski, Dr. von, Assistenzarzt II. Kl., **Sporozoenkunde.** Ein Leitfaden für Aerzte, Tierärzte und Zoologen. Mit 111 Abbildungen im Text. Preis: brosch M. 4.

Wegele, Dr. C., Besitzer einer Anstalt für Magenkranke in Bad Königsborn (Westfalen), **Die diätetische Behandlung der Magen- und Darmerkrankungen.**

Mit einem Anhang: **Die diätetische Küche. Zweite verbesserte Auflage.** Preis: brosch. M. 3.—, eleg. geb. M. 4.—,

---

KISSINGEN. Dr. C. Dapper's Sanatorium. Neues Kurhaus

Für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herzkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren).** Geöffnet **April — Januar.** Prospecte. (17) 18—7.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

Massage, Elektrotherapie, Gymnastik (ehemals Dr. Hünerfauth). Für **Magen- u. Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- u. Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche. — Bauchmassage** f. Brunnen-Patienten. — Nur ärztliche Massage. — Alle Arten Bäder. —Farad., Galvan., Influenz—Elektr.

(36) 8—6. **Dr. Hans Leber.**

„Pat. Aneroïd-Barometer, welche jeden Witterungswechsel 6—36 Stunden, ja mitunter tagelang im Voraus anzeigen, offerirt in hochfeinster Ausführung und unbeschränkter Garantie **zu nur 7—75 Mark die Aneroïd-Barometer und Nähmaschinenfabrik**

von Alb. Wagner,

Breckerfeld-Walkmühle.“

Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. Wartb. Eisenach, Sommerf. such f. Nichtkurgebr. Prosp. gr. u. fr.

Bad Nauheim, Dr. med. C. Beste.

Dem praktischen Arzte

dringend zu empfehlen:

„EXCERPTA MEDICA.“

Kurze monatliche Journalauszüge aus der gesammten Fachlitteratur zum Gebrauche für den praktischen Arzt. Preis **M. 4. = Fr. 5** pro Jahr.

Verlag von **Carl Sallmann** in Basel und Leipzig.

Probehefte stets gratis und franco.

BAD KISSINGEN

Dr. von Sohlern'sche Heilanstalt für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkranke.

das ganze Jahr geöffnet.

Prospecte gratis.

(43) 16—4. **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Unterkunft billig. — Saisonbeginn 1. Mai.

Das steirische Gastein,

österreichische Südbahnstation (mit Eilzug von Wien 8, von Triest 5, von Budapest 9 Stunden). **Kräftigste Akrathotherme 30 bis 31° R.,** ähnlich Gastein, Pfäffers, Wildbad und Töplitz. Subalpines, herrliches Klima. Badearzt: Sanitätsrath und Operateur **Dr. H. Mayerhofer.** (Vom 1. October bis 1. Mai in Wien, IX., Lichtensteinstrasse 38).

Prospecte gratis durch die Bade-Direction.

RÖMERBAD.

(54) 2—2

Morschach am Vierwaldstättersee

Hôtel und Pension Frohnalp. Kurhaus Morschach.

650 Meter über Meer. Station Brunnen. Ausgezeichnet geführtes Haus. Raum für 100 Gäste. Die Herrschaften haben Berechtigung in den nahen Park Axenstein. Prospecte gratis.

Ambros Eberle, Besitzer,
früherer Miteigenthümer von Grand Hôtel Axenstein.

(58) 9—4.

Bad Königsbrunn bei Königstein i. S.

(im Mittelpunkt der Sächs. Schweiz, nahe bei Dresden).

Kurhaus für chronische Kranke und Erholungsbedürftige.

Vorzügliche Lage und Verpflegung. Electr. Beleuchtung. Prosp. gratis durch

(66) 8—4. **Dr. Putzar u. Dr. Winchenbach.**

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Drogueisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.



Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen. Kopf- und Zahnbürsten. Guttapercha u. Hornkämme, Zubehör für Massage.

General-Agentur für:

Kindermehl und condensirte Milch von Nestle in Vevey.

Nährmittel „Maltos Cannabis" aus der Fabrik «Rothes Kreuz» in Stockholm.

Kräuter-Bonbon „Ketty Boss" B. Semadeni.

Illustrirter Preiscourant gratis.

(4) 8—5.

LEVICO

ARSENHALTIGES EISENWASSER.

In seinem Arsen- u. Eisengehalte von keinem ähnlichen Mineralwasser erreicht.

Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasserdepots.

Aerztliche Kurpension

NORDERNEY

Auskunft durch
Sanitätsrath **Dr. Kruse. Dr. Menke.**

Pädagogium Thale a. Harz,

unter dem Protectorat Sr. Hoheit des Prinzen Eduard v. Anhalt.

Lehr- und Erziehungsanstalt für deutsche und ausländ. Knaben. Gesunder Aufenthalt, gute Pflege. Individuell. u. energisch. Unterricht. Beste Empfehlung. Prospecte.

(13) 6—5. **Dr. Lohmann.**

Einem unverheiratheten Arzt kann eine Stelle d. Apoth. A. Rittenberg, м-ко Прели (Витебск. губ.) nachgew. werden.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Dahlfeld, Dr. C., Bilder für stereoscopische Uebungen zum Gebrauch für Schielende. Zweite Auflage. 28 Tafeln. in Leinwand geb. 4 M.

Jahrbuch der praktischen Medicin. Herausgegeben von Dr. **J. Schwalbe.** Jahrgang 1896. 8. geh. 12 M. In Leinwand gebunden 13 M.

Zeitschrift für orthopädische Chirurgie einschliesslich der Heilgymnastik und Massage. Herausgegeben von Docent Dr. **A. Hoffa.** IV. Bd. 2/3. Heft. Mit 51 Abbildungen. gr. 8. geh. 11 M.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschienen:

Grundriss
der
normalen menschlichen Anatomie
mit Berücksichtigung
der neuen anatomischen Nomenclatur
von
Dr. **Ed. Richter,**
Privatdocent an der Universität Greifswald.
gr. 8. Mit 114 Holzschnitten. 1896. 13 M.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschienen:

Die vaginale Radicaloperation.
Technik und Geschichte
von Prof. Dr. **Leop. Landau** und Dr. **Th. Landau.**
1896. gr. 8. Mit 55 Abbildungen. 6 M.

Die künstliche Frühgeburt
bei Beckenenge.
Auf Grund von 60 Fällen aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in Tübingen dargestellt von Dr. **Otto Sarwey.**
1896. gr. 8. Mit 7 Abbildgn. u. 3 Taf. 6 M.

Дозв. ценз. Спб. 31 Мая 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 8. (20.) Juni 1896

Behandlung gynäkologischer Krankheiten mit dem Schwitzapparate von Dehio.

Von

Dr. H. Thomson.

Angeregt durch die Empfehlungen Dehio's[1]) der sein Schwitzbett bei verschiedenen Krankheiten (Nephritis, Rheumatismus etc.) mit eclatantem Erfolge anwandte, habe ich dasselbe mit geringen Modificationen auch bei gynäkologischen Erkrankungen versucht. Da ich mit meinen Resultaten recht zufrieden bin, so stehe ich nicht an über dieselben zu berichten, zumal da ich glaube dass diese im Princip durchaus nicht neue Methode vor anderen manche unzweifelhafte Vorzüge besitzt. Auf den Apparat und seine Anwendung will ich hier nicht weiter eingehen, dieselben dürften den Lesern dieses Blattes ja bekannt sein und verweise ich auf obengenannte Arbeit von Dehio. Ich will hier nur hervorheben, dass ich da, wo die Spiritusflamme, wie in der Hospital- und Armenpraxis, zu kostspielig erschien, eine mit Petroleum geheizte «Primuslampe» anwandte, welche keinen besonderen Geruch verbreitete, auch das bei ihr beim Brennen verursachte Geräusch wurde im Allgemeinen nicht unangenehm empfunden. Der Heizraum für diese Lampe musste entsprechend grösser angefertigt sein. Dadurch wurde nun der Kostenpreis des Betriebes auf ein Minimum herabgesetzt.

Bekanntlich erzielen wir mit hydropathischen Proceduren, mit verschiedenen Voll- und Halbbädern bei vielen Affectionen der Genitalsphäre der Frau durch günstige Beeinflussung der Circulationsverhältnisse häufig befriedigende Resultate. Dieselben lassen aber auch nicht selten noch genug zu wünschen übrig, abgesehen davon, dass in der Armenpraxis unter privaten Verhältnissen, eine solche Behandlung oft nicht durchführbar erscheint. Ich glaubte nun, dass wir mittelst des Schwitzbettes auch hier besser und einfacher zum Ziele gelangen.

[1]) Petersb. med. Wochenschrift Nr. 44, 1895.

Bemerken muss ich noch, dass durch die directe Einwirkung der Wärme auf den Unterleib der Frau in erster Linie eine locale Wirkung entfaltet wurde, durch Hervorrufung von Hyperämie der Haut und Ableitung des Blutes speciell von den inneren Beckenorganen; der Oberkörper war bis zum Hals in Decken gehüllt. Daher kam es mir nicht so sehr darauf an, den Kranken so lange im Apparat liegen resp. schwitzen zu lassen wie Dehio — bis 2 Stunden — angiebt. Im Allgemeinen hielt ich eine ca. einstündige Application des Apparates für genügend, oft auch von längerer, oft von kürzerer Dauer, je nach dem Kräftezustande und nach dem subjectiven Befinden der Patienten. Meistens wurde der Heizapparat täglich angelegt, zuweilen seltener, über einen Tag, bei schwachen Patienten. Die Anzahl der Applicationen war sehr verschieden; manchmal entzogen sich die Kranken nach einigen Sitzungen der weiteren Behandlung, weil sie sich subjectiv besser fühlten, zuweilen dauerte die Therapie 2 Wochen und mehr.

Die Temperatur im Bettraum reicht bis gegen 50°C. und auch etwas darüber. Temperaturmessungen in der Axelhöhle, als auch in der Scheide und Mastdarm ergaben als Maximum einen Anstieg in der Axilla bis 38° in der Scheide und Mastdarm über 38° und zuweilen auch einige Grade mehr. Schweissausbruch trat fast immer mehr oder weniger ein. Ebenso wurde eine Zunahme von Puls- und Athemfrequenz notirt.

Seit einigen Monaten wandte ich in entsprechenden Fällen von Frauenkrankheiten das Schwitzbett fast ausschliesslich an, wobei acut entzündliche Erkrankungen ausgeschlossen wurden, nicht aber subacute. Meistentheils kamen zur Behandlung chronische entzündliche Affectionen der Adnexe, Salpingoophoritis und Pelveoperitonitis, wo Schmerzen und Empfindlichkeit die hauptsächlichsten Symptome bildeten. Fast immer wurde schon während der Anwendung des Apparates ein subjectives Wohlbefinden beobachtet, die Schmerzen liessen mehr oder weniger nach, um vielleicht später wiederzukommen und nach häufigerer Anwendung event. ganz zu verschwinden.

Oft verlangten die Pat. selbst nach dem Apparat, im Falle letzterer versuchsweise zeitweilig ausgesetzt wurde. Auch objectiv konnte mehrfach eine Besserung constatirt werden.

Bei Exsudaten, hauptsächlich parametritischen, auch subacuten, in einem Falle verbunden mit langdauerndem Fieber, konnte ich schon nach einigen Sitzungen ein deutliches Kleinerwerden derselben feststellen und machte es im Allgemeinen den Eindruck, dass die Resorption entschieden befördert und das Allgemeinbefinden günstig beeinflusst wurde.

Auch bei Metritis und Endometritis war eine gute Wirkung nicht zu verkennen: Hebung des subjectiven Befindens, Geringerwerden des Fluor albus und der Menorrhagien.

Ebenso war der Erfolg bei einer Lactationsatrophie des Uterus ein guter.

In einem Falle wurden bei einem Uterusmyom combinirt mit einem Ovarialkystom, das später mit günstigem Ausgange operirt wurde, die starken Oedeme an den Unterextremitäten bedeutend geringer, das subjective Gefühl sehr gehoben, der Appetit besser, sonst aber keine Veränderungen hervorgerufen.

Hinzufügen möchte ich noch, dass ich manches mal unsere Behandlung mit Tamponapplicationen und heissen Ausspülungen combinirte; vielleicht dürfte das unter Umständen von Nutzen sein.

Fast ausnahmslos wurde der Heizapparat von den Pat. gut vertragen und ein subjectives Wohlbehagen hervorgerufen, welches hauptsächlich durch die schmerzstillende Wirkung bedingt war, nur Einzelne beklagten sich über vorübergehendes Herzklopfen. Objective Besserungen wurden zweifellos constatirt, jedoch ist es ja schwierig einen genauen Maassstab für die Leistungsfähigkeit der Methode anzulegen. Den Eindruck habe ich jedoch empfangen, dass sie bei chronisch entzündlichen gynäkologischen Affectionen wirksamer als Bäder zu sein scheint und dabei gut, auch von schwachen Kranken, vertragen wurde, obgleich so hohe Temperaturen zur Wirkung kamen, welche eine mächtige Circulationsveränderung im Abdomen hervorrufen.

Neuerdings hat Sneguireff[2]) sehr angelegentlichst die von Amerikanern (Emmet) schon angegebenen Sonnenbäder zur Behandlung von chronisch entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexa bei zugleich bestehender Atonie des Darmkanales, Verdauungsstörungen und Hysterie, empfohlen. Man setzt die Kranken im Sommer den Sonnenstrahlen mehrere Stunden lang aus, bis sie schliesslich in reichlichen Schweiss gerathen. Auch hier wird die Wirkung zurückgeführt auf eine Anregung der Circulation, eine erhöhte Blutzufuhr zur Haut und Entlastung der inneren Organen. Ich glaube, dass wir dasselbe in einfacherer und zweckmässigerer Weise unabhängig von der Jahreszeit vermittelst unseres Apparates erlangen können.

Während unserer Behandlung wurden die Kranken reichlich genährt. Die Verdauungsorgane schienen im Allgemeinen lebhafter zu functioniren. Blutarmen Kranken wurden auch Eisenpräparate verabfolgt Ebenso glaubte ich die günstige Wirkung der Diaphorese (Scholz, Dehio) bei Anämie einige Male bestätigen zu können. Jedenfalls kommen unsere gynäkologischen Pat., die häufig genug blutarm sind und an Verdauungsstörungen leiden, die verschiedenen Wirkungen unserer Methode in glücklicher Weise zu Gute. Daher möchte ich zum Schluss diese Behandlungsweise hauptsächlich bei chronisch entzündlichen Erkrankungen des Uterus und der Adnexa durchaus empfehlen als ein einfaches, ungefährliches, äusserst billiges, auch unter ungünstigen privaten Verhältnissen anwendbares und dabei sehr wirksames Mittel, welches sowohl das locale Leiden als auch durch mächtige Anregung des Stoffwechsels den ganzen Organismus günstig beeinflusst. Contraindicationen für die Anwendung in oben genannten Fällen dürften wohl sehr selten [illegible], es sei denn bei hochgradigen Herzfehlern oder stark erkranktem Gefässsystem. Endlich konnte ich mehrfach die günstige Wirkung des Schwitzbettes bei Rheumatismus [illegible] Nephritis, einmal bei einer catarrhalischen Pneumonie als Combination einer Nephritis, beobachten.

²) Маточныя кровотечевія. 1895.

Ueber die [illegible]demische Stomatitis, die im Sommer 1895 in Wilna geherrscht hat.

Von

Dr. L. Stembo.

Vortrag, gehalten den 12. November 1895 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Meine Herren! Ende Mai und Anfang Juni dieses Jahres zeigten sich sowohl in der Ambulanz wie in der Stadtpraxis Fälle von Stomatitis. Anfangs jedoch schenkte ich dieser Erscheinung keine besondere Beachtung, zumal im Sommer stets einzelne Fälle beobachtet werden konnten. Im weiteren Verlaufe begannen sich die Fälle von Stomatitis zu häufen; man konnte zwei bis drei Fällen in einem Hause, ja in einer Familie begegnen.

Da jedoch der Krankheitsverlauf dieser Art Stomatitis weder mit dem der catarrhalischen noch aphtösen Stomatitis übereinstimmte, war ich anfangs geneigt diese Erkrankung als eine besondere Form von Influenza mit einer besonderen Localisation im Munde anzusehen. Mir erschien diese Annahme schon deswegen plausibel, weil die bei uns in den letzten Jahren herrschende Epidemie der Influenza fast regelmässig mit besonderer Intensität einen bestimmten Körpertheil befiel. Von einer Epidemie wurden insbesondere die Lungen, von einer anderen der Darmtractus, von einer dritten das Gehirn, von einer anderen wieder der Kehlkopf betroffen. Bei einer der letzten Attacken dieser Krankheit wurde der Nervus phrenicus ergriffen, was durch starkes Schluchzen, das in einem Falle sogar zum Tode führte, zum Ausdruck kam. Ich habe jedoch in den mir zur Verfügung stehenden Lehrbüchern über eine Complication der Influenza mit Stomatitis nichts finden können. Selbst bei Althaus[1]), wo alle möglichen Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza aufgezählt sind, findet die Stomatitis keine Erwähnung. Auf diese Weise blieb nur noch eine Annahme übrig, und zwar die, dass wir es hier mit der Form von Stomatitis zu thun haben, die beim Menschen ihre Entstehung der Infection mit dem Gifte der Mund- und Klauenseuche der Thiere verdankt.

Obgleich die Möglichkeit der Erkrankung des Menschen an Mundseuche schon lange bekannt ist, so ist doch die Literatur über dieselbe sowohl bei uns wie im Auslande eine äusserst spärliche. Das erklärt sich einerseits daraus, dass die Epidemien dieser Erkrankung nicht häufig sind, andererseits, dass die Aerzte mit dem Krankheitsbilde zu wenig vertraut sind und hierher gehörige Fälle zu anderen Krankheitsformen zählen.

Bollinger erzählt uns von einem Versuch Hertwig's, der Milch von mit Mund- und Klauenseuche behafteten Thieren trank; bald darauf zeigten sich bei ihm die charakteristischen Veränderungen im Munde und an den Fingern.

Röll erzählt im Namen Hullin's: es seien in einer Gegend, wo Mund- und Klauenseuche herrschte von 1000 — 23 erkrankt. Fröhner berichtet von einem Fall, wo ein junger Mensch durch den Gebrauch von inficirter Butter erkrankte.

¹) Influenza: its pathology, symptoms, complications and sequels cet. London, 1892.

Im Jahre 1892 stellte W. Levy in der dermatologischen Gesellschaft zu Berlin einen Kranken mit Mundseuche vor, welcher mit von dieser Krankheit behafteten Thieren zu thun hatte. Im selben Jahre zeigte Ollmann in der Greifswalder medicinischen Gesellschaft eine Dame, die in Folge des Gebrauches von inficirter Milch erkrankt war. In derselben Versammlung berichtete Prof. Mosler über Infection einiger Familienglieder eines Fleischers, der mit inficirten Thieren zu thun hatte.

Im Jahre 1893 theilte Boas in der Gesellschaft für innere Medicin in Berlin über eine nicht grosse Epidemie der Mundseuche in Berlin mit. Prof. Lewin berichtete in derselben Sitzung von Fällen dieser Erkrankung mit Localisation an den Gechlechtstheilen.

Lindner schreibt im selben Jahre die von ihm gesehenen Fälle von epidemischer Stomatitis einer Infection mit dem Gifte der Mundseuche zu. Schautyr und Lermuseau beschreiben ebenfalls Epidemien dieser Krankheit.

Viel zur Erlernung und Verbreitung der Kenntnisse über diese Krankheit trug Siegel durch seine wiederholten Mittheilungen und bacteriologischen Untersuchungen bei.

In Russland sind nur sehr wenige Mittheilungen über diese Krankheit vorhanden. So weit mir bekannt ist, berichtete Ignatjew[2]) im Jahre 1888 am 14. April in der Sitzung russischer Aerzte in St. Petersburg über diese Krankheit und demonstrirte an Wachspräparaten die allmähliche Entwickelung der Aphten. Hierauf berichtete Neswitzky[3]) im Jahre 1891 ausführlich über einen Fall und fügt hinzu, dass er noch sieben ähnliche Fälle dieser Erkrankungsform beobachtet habe.

Da nun das Krankheitsbild in den von mir beobachteten Fällen ähnlich dem Bilde, das Dr. Siegel[4]) in seinem Artikel über epidemische Stomatitis zeichnet, ist, so halte ich diese, obgleich ich ihre Zugehörigkeit zu derselben nicht bacteriologisch zu beweisen im Stande war, als solche.

In Anbetracht dessen, dass schwere Fälle von Stomatitis unter meinen Kranken nicht vorhanden waren und der grösste Theil der Kranken sich ambulatorisch nur in einem gewissen Stadium der Krankheit behandeln liess, gelang es mir nur an einer geringen Zahl von Kranken den Verlauf vom Anfang bis zu Ende zu verfolgen. Aus der Beobachtung dieser kleinen Zahl von Kranken und zwar in den verschiedenen Phasen der Krankheit, wie auf Grund von Mittheilungen aus der Literatur bin ich im Stande Ihnen folgendes Krankheitsbild geben zu können.

Erwachsene klagen gleich nach der Infection nur über Ermüdung und Schwere in allen Gliedern; die Lust zur Arbeit geht verloren und es tritt das Verlangen nach Ruhe ein. Der Appetit ist gewöhnlich vermindert und häufig tritt nach Speiseaufnahme Brechneigung ein. Kinder werden traurig und unlustig, gehen nicht aus den Händen. Die Haut des Gesichts nimmt einen grauen Farbenton an und rings um die Augen erscheinen blaue Ringe.

Die Zunge ist stark mit einem schmutzigen Belag versehen. Der Kranke geht kaum die Füsse schleppend. Es tritt Schüttelfrost ein, die Temperatur steigt auf 39°—40° C.; es treten hierzu noch ziemlich heftiger Kopfschmerz, Kopfschwindel, Schmerz in der Magengegend, in der Gegend der Leber, starker Durst und Uebelkeit. Zuweilen tritt hierauf Durchfall ein.

Nach einem dreitägigen Fieberzustande fällt die Temperatur bis 36° C. und das Allgemeinbefinden bessert sich; dagegen treten Veränderungen im Munde und Rachen auf, welche sich anfangs durch starke Röthung und Schwellung auszeichnen; die Röthung nimmt zuweilen einen blauen Farbenton an. Hierauf entstehen im Munde und Rachen, zuweilen auch auf den Lippen und am Rande der Nase Blasen. Zuweilen tritt bei einigen Kranken ein masernähnlicher Ausschlag an den Extremitäten und am Rumpfe auf. Durchfall wechselt mit Verstopfung und die Kranken beginnen sich allmählich zu erholen, sie haben jedoch noch lange das Gefühl als hätten sie eine schwere Krankheit überstanden.

Das Fieber währt jedoch nicht in allen Fällen nur drei Tage, zuweilen zieht es sich drei Wochen hin. Die Fiebercurve dieser Erkrankungsform hat noch die Eigenthümlichkeit, dass die Temperatur abends niedriger ist als am Morgen, was differential-diagnostisch sehr wichtig ist zum Unterschiede vom Typhus.

Was den Puls anbetrifft, so ist er im Fieberzustande gewöhnlich beschleunigt, nach diesem sogar, langsamer als normal und nur in seltenen Fällen tritt nach dieser wie nach anderen Infectionskrankheiten Tachycardie ein. Bei der Blutuntersuchung solcher Kranken fand Siegel nichts Abnormes.

Der Harn ist in schweren Fällen von dunkler, fast schwarzer Farbe, enthält nur selten Eiweiss; Pepton und Oxalsäure ebenso wie Aceton sind niemals darin gefunden worden. Blut ist nur in einigen Fällen angetroffen worden.

Die Harnmenge ist verringert, das specifische Gewicht erhöht.

Das Körpergewicht fällt selbst in leichten Fällen.

Was den oben erwähnten Ausschlag anbetrifft, so beobachtet man ihn etwa in 5% der Fälle, wobei derselbe bei Frauen und Kindern häufiger, als bei Männern angetroffen wird. Er tritt gewöhnlich am Vorderarm und Unterschenkeln, auch an den Oberarmen und zuweilen am Rumpf auf. Der Character des Ausschlages ist ein masernähnlicher; er hält sich etwa 20 Stunden. Zuweilen hat der Ausschlag einen nesselähnlichen Character. In schweren Fällen tritt derselbe in Form von Petechien auf. An den Gelenken, besonders am Knie und Fussgelenk beobachtet man in schweren Fällen grosse Blutergüsse.

Zuweilen finden sich erst nach Ablauf der Krankheit bedeutende Blutergüsse unter der Haut des Unterschenkels ein.

Der Ausschlag tritt auch in Form kleiner Bläschen am Rumpfe und an den Extremitäten, häufiger jedoch an den Fingern der Hände und Füsse, am Nagelrande, am Präputium des Penis und den grossen Schamlippen, bei säugenden Frauen an den Brüsten auf. Die Bläschen haben eine verschiedene Grösse und erreichen zuweilen die Grösse einer Erbse. Niemals findet man in der Mitte dieser Bläschen eine Delle, wie etwa bei den Pocken; ihr Inhalt ist trübe und milchartig. Die Bläschen sitzen sehr oberflächlich und verschwinden in einigen Tagen, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen, es sei denn, dass einige Zeit nachher noch eine leichte Pigmentation zu bemerken ist.

Das Wichtigste bei dieser Krankheit sind jedoch die Veränderungen im Munde, die sich, wie bereits erwähnt, durch eine catarrhalische Entzündung seiner gesammten Schleimhaut, wie die des Rachens und auch der Zunge, die durch den Druck der Zähne ein gezahntes Aussehen erhält, charakterisirt. Das Zahnfleisch schwillt stark an und äussert bei geringster Berührung Neigung zur Blutung.

Die Zunge ist mit einem dichten schmutzig-gelben Belage bedeckt. Zuweilen ist der Belag ganz schwarz, als ob die Zunge mit Tinte beschmiert worden wäre. Intensiver foetor ex ore. Hierbei ist starker Speichel-

[2]) Wratsch 1888 p. 376.
[3]) Wratsch 1893 № 15.
[4]) Die Mundseuche (Stomatitis epidemica). Berlin 1895. S. 4.

fluss in Form einer dichten, ziehenden Masse und Schwellung der Drüsen am Unterkiefer vorhanden. Die Schleimhaut des Mundes äussert eine grosse Neigung sich abzustossen; hauptsächlich stossen sich grosse Stücke von den Rändern der Zunge und vom Zahnfleische ab.

In der Mundhöhle bilden sich Bläschen, besonders am Zungenrande und am Zahnfleisch. Zuweilen jedoch auch in der Nase, auf den Lippen und in der Umgebung der Nase.

Die Bläschen sind mit einer milchähnlichen Flüssigkeit gefüllt und von einem Hof von dunkelrother Farbe umgeben. Sie trocknen schnell ein und fallen von Bewegung und Reibung ab, die Schleimhaut entweder stark geröthet oder mit einem weissen fibrinösen Beleg zurücklassend. Nach einiger Zeit geht auch dieses vorüber ohne irgend eine Spur oder Narben zurücklassend! Es giebt auch schwere Formen mit tiefer greifenden Processen an der Zunge, die so stark anschwellen kann, dass Erstickungsfälle auftreten. Zuweilen sterben Theile der Zunge ab und fallen ab.

Die Halsdrüsen schwellen an, besonders die, die am Unterkieferwinkel sitzen. Die Haut am Halse schwillt zuweilen an und nimmt die Form der Angina Ludovici an.

Besonders wird auch der Darmtractus befallen und äussert die oben angeführten Erscheinungen wie Aufstossen, Uebelkeit, Appetitlosigkeit, widerlichen Geschmack im Munde, Leibschmerzen und Obstipation.

Von den parenchymatoesen Organen der Bauchhöhle ist die Milz nie vergrössert, die Leber und Nieren dagegen zeigen einige Veränderung; im Harn tritt, wie gesagt, zuweilen Eiweiss auf. Die Diagnose der Mundseuche ist in sporadischen Fällen ohne bacteriologische Untersuchung ziemlich schwer, dagegen bei einer Epidemie sehr leicht. Bei stark ausgesprochenen Erscheinungen von Seiten des Darmcanals, die mit Schwächeerscheinungen, Kopfschwindel und Trübung des Bewusstseins einhergehen, kann man an Unterleibstyphus denken; gegen diese Diagnose sprechen jedoch das Fehlen der Milzvergrösserung, die Temperatureurve und Obstipation.

Bei Kindern kann man wohl, sobald ein Ausschlag auftritt, diesen mit Masern oder Scharlach verwechseln, jedoch schützen vor dieser Verwechslung der Character des Ausschlages, der am häufigsten an den Extremitäten besonders am Vorderarm und Unterschenkel auftritt, ferner die Erscheinungen von Seiten des Darmtractus und schliesslich der Umstand, dass diese Krankheiten selten sporadisch auftreten.

Die Aphten Bednar's sind kleine, runde, flache Wunden bedeckt mit einem fettigen Belag und von einem rothen Hofe umgeben, treten nur in den ersten drei Monaten nach der Geburt auf und sind symmetrisch an beiden Seiten des hinteren Theiles des Gaumens zu finden: sie entstehen durch Druck der Zunge des säugenden Kindes auf diese Stellen.

Bei Stomacace beginnt die Erkrankung gewöhnlich an den Zahnrändern vom Zahnfleische, welches eine blutig-rothe Färbung erhielt und sich mit Massen eines gelb-grauen Zerfallsproductes bedeckt, was bei der Mundseuche niemals vorkommt.

Das pathologisch-anatomische Bild der epidemischen Stomatitis kann noch vorläufig in Anbetracht der geringen Anzahl der bis jetzt gemachten Sectionen nicht genau gezeichnet werden.

Siegel fand Veränderungen in der Leber, in den Nieren und im Darm. Die Leber ist vergrössert und sehr blutreich, dasselbe, nur im geringeren Grade, lässt sich von den Nieren sagen.

In den späteren Stadien dieser Krankheit atrophiren diese Organe bedeutend. Was den Darm anbetrifft, so findet man seine Schleimhaut catarrhalisch geschwellt, insbesondere sind daran betheiligt die Follikel und Peyer'schen Plaques, welch letztere zuweilen auch geschwürig angetroffen werden. Das Herz, die Lungen und Milz zeigen keine Veränderungen. In den serösen Höhlen nichts Abnormes.

Was die Aethiologie dieser Krankheit anbetrifft, so ist bekannt, dass die Ansteckung von Menschen am meisten durch den Gebrauch der Milch oder anderer Producte von Thieren, die an der Mund- und Klauenseuche leiden, erfolgt.

Diese Infectionskrankheit des Hornviehs und der Schweine ist schon viele Jahrhunderte bekannt. Im Auslande, wie bei uns, waren schon viele derartige Epizootien. Besonders heftige Epizootien waren bei uns im Jahre 1881 und 1882, wo mehr als 200,000 Stück Vieh von dieser Krankheit ergriffen waren.

Bei uns in Wilna war im vorigen Jahre eine ziemlich bedeutende Epizootie der Mund- und Klauenseuche, jedoch auch in diesem Jahre gab es Erkrankungen von Vieh an dieser Seuche.

Libbertz hält einen in der Milch in grosser Menge vorhandenen Micrococcus für den Krankheitserreger.

Nosotti fand im Inhalte der Bläschen an Maulseuche erkrankter Thiere einen Micrococcus (1895).

Klein fand einen Microorganismus in Form des Streptococcus, der jedoch unter die Haut gespritzt ohne Einfluss blieb; bei Fütterung von Schafen mit demselben bekamen sie die Maulseuche.

Siegel beschäftigte sich sieben Jahre mit dieser Frage. Seine ersten Versuche den Krankheitserreger ausfindig zu machen blieben resultatlos. Er versuchte nämlich durch directe Uebertragung aus dem Blaseninhalt oder dem Mundschleim auf Culturanlagen der Frage näher zu treten; er erhielt jedoch eine zu grosse Reihe von Bacterien, ohne einem von diesen specifische Bedeutung beilegen zu können. Maulseuche als eine allgemeine Infectionskrankheit, wie etwa den Typhus betrachtend, entnahm er nun aus den tödlich verlaufenden Fällen Stücke von Nieren, Leber und Milz, um etwa aus diesen einen Microorganismus züchten zu können.

Dieser Versuch war von Erfolg gekrönt. Er konnte jedesmal denselben Microorganismus nachweisen. Noch günstiger erwiesen sich die Versuche aus dem Darm diese Bacterien zu züchten; er erhielt hierbei fast völlige Reinculturen. Impfungs- wie Fütterungsversuche mit diesem Microorganismus riefen die Maulseuche hervor. Der Erreger gehört zu den Microorganismen, die in der Mitte zwischen Bacterien und Coccen stehen. Seine Form ändert sich, je nachdem die Cultur schnell auf Agar im Thermostaten oder langsam auf Gelatine hergestellt worden ist. Diese Bacterien finden sich auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens, besonders auf dem Boden der Geschwüre, in der Leber, Milz und den Nieren, und ganz besonders reichlich, fast in Reincultur, im Darm.

Diese Bacterien färben sich gut mit Carbol-Fuchsin und erhalten beim Entfärben in der Mitte einen hellen Punkt.

Nach Siegel suchten Schottelius, Behla, Kurth nach dem Erreger im Inhalte der Mundhöhle und hatten daher keinen Erfolg. Auch Piana und Fiorentini kamen zu falschen Resultaten weil sie den Inhalt der Bläschen untersuchten. Sie fanden kein Bacterium und nahmen wie Schottelius und Behla an, dass es sich um Protozoen handeln müsse.

Die Uebertragung dieser Krankheit geschieht durch den Gebrauch von Milch, Käse, Butter, Wurst zur Speise oder in Folge Verunreinigung mit der Ausscheidung erkrankter Thiere. Die Infection kann auch bei Menschen von einem auf den anderen übertragen werden, wenn

Theile vom Inhalte des Mundes und des Darmes eines Kranken in den Mund oder Darm eines andern gelangen.

Die Prognose dieser Krankheit ist, nach der Epidemie, wie sie bei uns herrschte zu urtheilen, im Ganzen genommen eine günstige, jedoch sind auch schwere Fälle möglich, welche wie Siegel mittheilt, mit dem Tode enden können. Was die Therapie anbetrifft, so muss man zur Zeit des Vorhandenseins der Maulseuche den Gebrauch von ungekochter Milch wie Producte der Milch aus unbekannter Quelle verbieten. Gesunde müssen ferner von Kranken abgetheilt werden. Zur Prophylaxe der Gesunden wäre es vielleicht auf Grund der Untersuchungen von Prof. Pick, rathsam Jodkali zu verabreichen. Prof. Pick[5]) berichtet nämlich über die sehr interessante Thatsache, dass Kühe durch Einnehmen von Jodkali unempfänglich gegen die Maulseuche gemacht werden konnten. Um Milch, die Jodkali für syphilitische Kinder enthalten sollte, zu erhalten, wurden im Laufe von 8 bis 10 Wochen zwei Kühen bis zu 12 Gramm Jodkali täglich verabreicht, als plötzlich im Kuhstalle, in welchem sich noch 68 Kühe befanden, die Maulseuche ausbrach. Um nun die Dauer der Epizootie abzukürzen, bemühte man sich sämmtliche Kühe gleichzeitig zu inficiren, indem man mit Lappen das Maul kranker Thiere auswischte und diese auf die Mundhöhle gesunder Thiere übertrug. Auf diese Weise erkrankten sämmtliche Thiere mit Ausnahme der zwei, die Jodkali erhielten, obgleich sie unter denselben Verhältnissen, wie die übrigen Thiere sich befanden und nachweislich auch früher diese Krankheit nicht durchgemacht hatten.

Die Therapie solcher Kranken muss mit einem Abführungsmittel, jedoch nur nicht Calomel, beginnen. Die Ausleerungen müssen sorgfältig mit Carbol oder Sublimat desinficirt werden. Der Mund muss häufig, am besten mit reinem Eiswasser gespült werden. Die Geschwüre müssen mit einer 1% Lösung Lapis oder Kali hypermang, 0,1 : 15,0 geätzt werden.

Innerlich ist es rathsam Natr. salicylic, jedoch in gehöriger Dosis, 6,0 pro die, zu verabreichen.

Schweiss, durch Fuss- und allgemeine Wannen hervorgerufen, wirkt günstig.

Die Speise muss flüssig und reizlos sein, am besten eignet sich gekochte, jedoch völlig erkaltete Milch.

Folgende vier Fälle möchte ich hier in Kürze schildern.

I. Fall. 1½-jähriger Knabe stammt aus völlig gesunder Familie. Im Anfange seines achten Lebensmonates überstand er eine rechtsseitige Pneumonie. Hierauf traten Erscheinungen von Rhachitis auf. Die ersten Zähne begannen im Anfang des zweiten Lebensjahres durchzuschneiden und beim jedesmaligen Durchschneiden trat Durchfall und Erbrechen auf.

Im Juni dieses Jahres traten ebenfalls Darmstörungen auf, die jedoch nach Durchbruch zweier Zähne nicht nachliessen; das Kind fing zu fiebern an. Vier Tage schwankte die Temperatur zwischen 39,0 und 39,4° C. Morgens und 38,5° C. Abends. Der Leib war aufgetrieben und schmerzhaft, die Leber vergrössert. Am Ende des vierten Tages zeigten sich Bläschen an der Oberlippe, in der Umgebung der Nase, am Zungenrande, am Zahnfleisch und auf der inneren Oberfläche der Lippen und Wangen. Die Bläschen auf der stark gerötheten und leicht blutenden Schleimhaut des Mundes platzten, kleine, flache Geschwürchen von unregelmässiger Form zurücklassend. Die Drüsen am Unterkiefer vergrössert; Unbedeutender foeter ex ore und starker Schnupfen.

Auf dem Körper kein Ausschlag.

Nach Entleerung des Darmes durch Ol. Ricini erhielt das Kind innerlich Natr. salicylicum. Der Mund wurde mit gekochtem, jedoch völlig erkaltetem Wasser ausgespült. Die Geschwürchen wurden am Anfange mit Kali hypermang. 0,1 : 15,0, dann mit einer Lösung Höllenstein 0,12 : 15,0 geätzt. Die Nahrung bestand aus kalter, nicht kräftiger Suppe und kalter Milch.

2. Fall. 27-jähriges Mädchen von mittlerem Wuchs und kraeftigem Körperbau. Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Sie ist seit einer Woche unwohl und war nicht im Stande ihrer Beschäftigung als Nätherin nachzugehen. Nach einem unbedeutenden Schüttelfrost war sie genöthigt, sich ins Bett zu legen. Die Temperatur in der Achselhöhle betrug 38,8° C. und hielt sich mit geringen abendlichen Remissionen fünf Tage. Die Zunge ist stark belegt und in der Mitte von schwarzer Farbe. Die ganze Schleimhaut des Mundes und Rachens von dunkelrother Farbe. Aus dem Munde scheidet sich reichlig ein dicker Speichel ab, aus der Nase eine Masse Schleim. Der Leib ist aufgetrieben und auf Druck sehr empfindlich. Die Leber ist vergrössert. Die Milz ist nicht zu fühlen, ihre Grenze ist des Meteorismus wegen schwer bestimmbar. Der Harn von dunkler Farbe enthält weder Eiweis noch Zucker, kein Aceton und Blut. Spec. Gew. 1024, seine Menge in 24 Stunden beträgt 1150 Gramm. Obstipation.

Nach Abfall der Temperatur traten zahlreiche mit milchiger Flüssigkeit gefüllte Bläschen auf der Zunge, auf dem Zahnfleische, auf der innern Wangenoberfläche und auf dem harten Gaumen auf.

Nach Ablauf von 15—24 Stunden waren an Stelle der Bläschen schon Geschwürchen von verschiedener Grösse und Form vorhanden Lymphdrüsen am Unterkiefer geschwellt und auf Druck empfindlich.

Nach Verabreichung eines Abführmittels aus Dect. Frangul und Natr. sulfur, wurde sowohl die Ernährung wie die Therapie wie im ersten Falle durchgeführt. Nach 10 Tagen fing die Kranke sich zu erholen an, obgleich sie sich noch schwach fühlte.

3. Fall. 5-jähriger Knabe von kräftigem Körperbau und guter Ernährung, hat Masern und Scharlach überstanden, litt oft an Anginen. Mitte September fing er an traurig zu werden, stand ungern vom Bette auf, verlor den Appetit und klagte über Kopfschmerz, wie Schmerzen im Leibe. Da Verstopfung vorhanden war, gaben die Mutter wie der Feldscher dem Kinde eine Abführung (nicht Calomel). Es hatte einige Mal Stuhl, die Klagen blieben dieselben. Es trat noch Fieber hinzu; Morgens war die Temperatur 39,0, Abends 38,5.

In den letzten Tagen des September Monats traten Bläschen an der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe, wie auf der Zunge auf. Die Bläschen waren mit einer weisslich-trüben Flüssigkeit angefüllt. Es war auch zu dieser Zeit schmerzlose Schwellung der Unterkieferdrüsen vorhanden. Gleichzeitig trat zuerst auf den Extremitäten, dann auf der Brust und im Gesicht ein Ausschlag in Form kleiner, runder Flecke auf. Ein eben solcher Ausschlag war auch am harten Gaumen. Nur an den Fingern in der Nähe der Nägel und noch an drei — vier Stellen des Körpers verwandelten sich die Flecke in Knötchen und diese in Bläschen, welche in einigen Tagen eintrockneten und abfielen. Die Bläschen waren von einer ähnlichen Flüssigkeit, wie die im Munde angefüllt. Der Ausschlag hielt sich fünf Tage. In der Zeit, wo der Ausschlag vorhanden war, war die Temperatur eine erhöhte, 38,0° C. Die Schleimhaut des Mundes und besonders der Lippen stiess sich in grossen Stücken ab und blutete leicht. Die nach dem Platzen der Bläschen im Munde übrig gebliebenen kleinen Geschwürchen heilten nach 10 bis 12 Tagen, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen. Der Leib war in der ganzen Zeit aufgetrieben, die Leber vergrössert. Der Harn erhielt nichts Abnormes.

Der Puls des Kindes blieb auch nach der Genesung ein beschleunigter.

Die Therapie war mit geringen Abweichungen dieselbe wie in den ersten beiden Fällen.

4. Fall. Am 13. November Morgens brachte man zu mir ein Kind von 2½ Jahren. Eltern und übrige Kinder waren gesund. Das Mädchen war stets gesund und hat keine Kinderkrankheiten durchgemacht. Am 9. dieses Monats stand es noch völlig gesund auf; am Nachmittag begann es über Kopfschmerz zu klagen. Die Temperatur stieg auf 39,0° C. und es trat unbedeutender Speichelfluss auf. Ein Feldscher besah den Mund des Kindes und fand die ganze Schleimhaut stark geröthet und an einigen Stellen kleine, etwa stecknadelkopfgrosse Bläschen. Die zweitägige Verstopfung wurde durch Ol. Ricini beseitigt.

Den 11. Morgens, d. h. am dritten Tage der Erkrankung trat auf den Extremitäten und am Rumpfe ein unbedeutender, masernähnlicher Ausschlag auf, der 16—20 Stunden stand und dann verschwand. Die Temperatur war Morgens 38,7°, Abends 39,0° C. Der Leib aufgetrieben, Leber und Milz nicht vergrössert. Auf der Spitze der Zunge und am innern Rande der Unterlippe waren kleine, mit einem rothen Hofe umgebene, oberflächliche Geschwürchen von unregelmässiger Form. Die Unterkieferdrüsen infiltrirt und schmerzhaft.

Es wurde innerlich Sol. natr. salicyl. und zum Schmieren Kali hypermang. verordnet. Am Abend des 13. brachte man das Kind zu mir noch einmal und weiter sah ich es nicht mehr.

---

[5]) Refer. nach «Wratsch» 1895, № 20, S. 569.

Literaturnotiz zu Dr. Vierhuffs Beitrag über die Beziehungen des Oesophaguscarcinoms zur Aorta.

Von Dr. med. A. Högerstedt.

Dr. V. betont die Seltenheit eines Durchbruchs in die Aorta und in die von derselben abgehenden grossen Gefässe und führt an als Resultat seines «Studiums der einschlägigen Literatur» die Fälle von Petri, Eichhorst, Zahn, Ewald und Stadelmann — im Ganzen acht — als «die einzigen, die sich in der Literatur fanden.» Nun habe ich im vergangenen Jahre in der Sitzung der Aerzte des Peterpaulhospitals über einen Fall von Oesophaguscarcinom berichtet, welches in die Subclavia, dicht über ihrem Abgang aus der Aorta durchgebrochen war und zu tödtlicher Blutung geführt hatte. Die Beobachtung ist in den Sitzungsprotokollen (Больничная газета Боткина) in extenso veröffentlicht worden. Ich habe mich damals nach einer nur flüchtigen Durchsicht der Literatur, wie sie meinen Zwecken entsprach, gleichfalls von der Seltenheit dieses Vorkommnisses überzeugen können. Wenn aber Dr. V. behauptet, dass die von ihm angeführten 8 Fälle die einzigen in der Literatur vorhandenen ausmachen, so ist das eben — nicht richtig. Ich habe z. B. ausser den beiden Zahn'schen Fällen auch noch die Beobachtungen von Masson (Gaz. hebd. 1854) Matthew Combe (Edinb. med. Journ. 1857), Bradley (Med. Times and Gaz. 1868), Bilding (Transact of the Pat. soc. of London. Vol. IX) und Amadra (Bull de la soc. anatom. 3 sèr. X 2 1875) namhaft gemacht. Aber so wenig ich Anspruch auf Vollständigkeit meiner Literaturangaben erhoben habe, so wenig berechtigt war Dr. V., der offenbar nur die deutsche Literatur berücksichtigt hat, sein Quellenverzeichniss für erschöpfend anzugeben.

Referate.

A. Brosch. Zur Casuistik der Fischvergiftungen. (Tödtliche Austernvergiftung) Wien. klin. Wochensch. 1896 № 13.

Der von Brosch publicirte Fall von Austernvergiftung gehört zu den literarischen Unica, weil er den ersten in der Literatur überhaupt verzeichneten Fall einer mit Sicherheit constatirten tödtlich verlaufenen Austernvergiftung vorstellt. Ebenso wie bei den bisher bekannten Seethierbeziehungsweise Fischvergiftungen, konnte in dem mitgetheilten Falle gleichfalls ein sehr rapider Verlauf beobachtet werden, nämlich 12 Stunden nach Genuss der Austern stellte sich der Exitus letalis ein. Aus der Anamnese konnte nur eruirt werden. dass beim Genusse der Austern Pat. eine Auster wegen ihres besonders schlechten Geschmackes auffiel. Wenige Stunden nach der Mahlzeit schon stellten sich Erbrechen, Kopfschmerzen und Seitenstechen ein und das Sehvermögen wurde schlechter — Pat. erschien alles in einen Schleier gehüllt, — nach einiger Zeit traten Schlingbeschwerden auf bei gleichzeitigem Speichelfluss und Unvermögen den Harn zu entleeren. Als der Arzt erschienen war, hatten sich diese Symptome noch verstärkt, neue waren hinzugekommen, nämlich schwer verständliche Sprache, schlotternder Gang, Schwäche in den Extremitäten; das Bewusstsein blieb die ganze Zeit erhalten. Bald erfolgte auch der Tod bei hochgradiger Cyanose offenbar durch Athmungslähmung; das Herz kam etwa 2 Minuten nach Sistiren der Athmung zum Stillstand. Bei der Section wurden auf den meisten serösen Häuten, im Gehirn und Rückenmark und auf der Schleimhaut des Magendarmtractus zahlreiche Hämorrhagien gefunden; dabei hochgradige parenchymatöse Degeneration der Nierenepithelien und des Herzfleisches; das Protoplasma der Leberzellen von zahlreichen Fettkugeln durchsetzt. Der im allgemeinen negative Leichenbefund — die Ekchymosen können mit Sicherheit auf den Suffocationstod bezogen werden — und die vorhandenen stürmischen Krankheitserscheinungen liessen den Verdacht einer Ptomainvergiftung aufkommen. Kommt noch das durch die Anamnese bekannt gewordene in Betracht, so konnte im gegebenen Falle eine Austernvergiftung mit beinahe absoluter Sicherheit diagnosticirt werden, zumal, wenn man die hier aufgetretenen Symptome mit denjenigen der bis her bekannt gewordenen Fischvergiftungen vergleicht.

Brosch beginnt nun eine Besprechung der bei derartigen Vergiftungen vorkommenden bekannten Obductionsbefunde und Symptome: Bei ersteren konnte folgendes in den meisten Fällen constatirt werden: Milzschwellung, parenchymatöse Entartung von Herz, Nieren, Leber, in protrahirten Fällen fettige Entartung der Leber, auffallend dunkles, zumeist flüssiges Blut, Injection und Ekchymosirung einzelner Abschnitte der Schleimhaut des Verdauungstractus. Das Characteristische und Gemeinsame an Symptomen bei allen bekannten Fleisch- und Fischvergiftungen, die nicht einen choleraähnlichen Verlauf nehmen, soll das successive Auftreten von isolirten Lähmungen resp. Paresen einzelner Muskel oder Muskelgruppen sein. Characteristisch ist auch die Reihenfolge: zunächst Schlinglähmung resp. Schlingbeschwerden und allgemeine Muskelschwäche; fast gleichzeitig Sehstörungen, alsdann die übrigen Lähmungserscheinungen. Ebenso characteristisch ist der Schluss der Symptome: nämlich der Tod erfolgt, falls kein schwerer Collaps eintritt, stets durch Athmungslähmung, also unter Dyspnoe und Cyanose.

Noch ist zu erwähnen als Symptom der Schwindel; das Bewusstsein bleibt gewöhnlich klar bis zum Ende und Schmerzen sind auch nicht vorhanden. Also, das Bild einer Fisch- oder Seethiervergiftung ist ein wohlcharacterisirtes, scharf umschriebenes. Je nach dem einzelnen Falle können natürlich noch verschiedene Nebenerscheinungen auftreten.

Im Allgemeinen treten die Fleisch- und zuweilen auch die Fischvergiftungen unter zwei ganz verschiedenen Krankheitsbildern auf, deren Unterscheidung von ungeheurem practischen Werthe ist. Entweder hat man eine Krankheit vor sich, die unter dem Bilde einer infectiösen Gastroenteritis verläuft: hohes Fieber, Erbrechen, schmerzhafte Koliken und starke Diarrhoen. Oder von diesen Erscheinungen verschieden ist eine Vergiftung, die fieberlos, häufig völlig schmerzlos, mit Lähmungserscheinungen, meist tödtlich verläuft. In beiden Fällen wird man ja selbstredend therapeutisch eingreifen müssen, im ersteren werden Abführmittel und Desinficientien am Platze sein, im zweiten Falle, wo meist auch Verstopfung, bedingt durch Parese des Darmes, besteht, ist die Therapie nach Verfassers Ansicht scharf vorgezeichnet: «1. Entleerung des Verdauungstractus, beziehungsweise Entfernung der toxischen Inhaltsmassen durch ausgiebigen Gebrauch der Magenpumpe und Auswaschung des Darmes durch hohe Irrigationen, 2. Oeftere Entleerung der Blase durch Setzen des Katheters, 3. Künstliche Ernährung mit der Schlundsonde, und 4. Bei eintretender Athmungslähmung Einleitung der künstlichen Respiration und Fortsetzung derselben durch mehrere Stunden». Allzu grosse Hoffnungen, sagt Verf., werden wir wohl nicht hegen dürfen, falls vor uns ein schwerer Grad von Vergiftung vorliegt. Zum Schlusse sagt nun Brosch, dass heutzutage schon so viel feststeht, «dass es sich bei den schweren toxischen Fisch- (Seethier)- vergiftungen nicht um eine bacteritische Infection, sondern um eine Intoxication durch eine in dem Thierkörper bereits vorhandene, äusserst giftig wirkende, chemische, alkaloidähnliche Verbindung handelt».

Heckel.

Albert Behr (Riga): Ueber die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 134.

In einer kurzen Einleitung bespricht der Verfasser die Entwicklung der Schriftsprache im Allgemeinen, verfolgt den psychischen Process, der dem Menschen den Griffel oder die Feder gleichsam in die Hand drückt, — das Bestreben und Bedürfniss, der inneren Sprache nach aussen hin Geltung zu verschaffen.

Die in dieser Beziehung für das normale Gehirn geltenden Regeln verlieren ihre Giltigkeit nicht in der Anwendung auf das kranke Gehirn, im Speciellen auf das Gehirn des Paranoikers, des chronisch Wahnsinnigen. Verfasser definirt die Paranoia in Anlehnung an E. Kraepelin als «chronische, unheilbare Krankheit, im Verlaufe derer die ganze Persönlichkeit des Menschen sich umwandelte und umbildete». Die Erfahrungen des Paranoikers collidiren daher so bedenklich mit denen seiner Umgebung, dass ihm alles daran liegt, zu überzeugen und seine Anschauungen als die wahren hinzustellen. Auf dem Wege solcher Erwägungen gelingt es dem Verfasser vorzüglich, klarzulegen, woher das Bedürfniss, Stimmungen und Empfindungen mitzutheilen beim Paranoiker ein besonders lebhaftes sein muss, ja, in Gestalt der Graphomanie in Erscheinung treten kann.

Als fernere Triebfeder für die schriftstellerische Thätigkeit der Paranoiker hebt Verfasser die wichtige Erscheinung hervor, dass Patient im Bewusstsein, etwas im Vergleiche mit der Mitwelt Besonderes vorzustellen, sich entweder gegen unausgesetzt gewähnte Angriffe zu vertheidigen hat oder aber von der Höhe seiner Eigenart, aus dem Plus seiner Persönlichkeit den Mitmenschen zu dociren sich veranlasst und verpflichtet fühlt. Für seine Casuistik hat Verf. ausschliesslich solche paranoische Elaborate verwandt, die den Weg ihrer Bestimmung bereits soviel betreten hatten, dass sie im Drucke erschienen und die zum Theil — wenigstens zeitweilig — auf dem Büchermarkte ein gewisses Aufsehen zu erregen und auf die Laienwelt, ja, auf manche Aerzte einen grossen Eindruck auszuüben im Stande waren: Logische Schlussfolgerungen mit falschen Prämissen, Erfindungen und Entdeckungen, die dem Nichturtheilsfähigen plausibel erscheinen, missverstandene Ergebnisse der neuesten Forschungen, hemmungsloses Weiterverfolgen von Ideen, denen durch die

zeitgemässen Forschungen längst Schranken gesetzt wurden, das Zurückkehren zu vor Jahrzehnten, ja, vor Jahrhunderten erledigten Weltanschauungen müssen dem weniger kritikstarken Publicum als «originell» imponiren, oder werden gar als bahnbrechend, als grundlegend betrachtet für eine in confusen Köpfen vielleicht schon längst herumspukende neuen Aera. Das Unvermögen, sich in der Mitwelt, in der Gegenwart und den zeitgenössischen Anforderungen an das Individuum zurechtzufinden fördert irgend eine Handlung, ein Verhalten zu Tage, welches der Aesthetik, Ethik oder Moral nicht nur in's Gesicht schlägt sondern auch allgemeine Störung verursacht; es erfolgt nun auf solchen Anlass die Internirung in's Irrenhaus, die natürlich dem stets von seinen Mitmenschen «Unverstandenen» Wasser auf die Mühle giebt: die jetzt in rastloser Eindringlichkeit geredeten, geschriebenen und gedruckten Querelen der Internirten, die Hilferufe um die persönliche Sicherheit und Befreiung werden als beachtungswerth aufgefasst und regen unberufene oder berufene aber stets ungeeignete Paladine der Gerechtigkeit auf. Das querelenhafte, Raisonnirende in dem Geschreibsel der Patienten die harrende Geschrumpftheit seiner Gesichtspunkte für die Beurtheilung der eigenen Personen, — alles das wird als Ausfluss einer mit Recht empörten Seele, als die Frucht langwieriger, vom Patientin selbst beschriebener Marter aufgefasst. Dass der Patient vor seinem Eintritt in's Irrenhaus in allen Lebenslagen Conflicte hatte, dass er seine Umgebung u. deren Ansprüche nie verstand, weil er sie nicht verstehen konnte, wird von den Vertheidigern des vermeintlichen Misshandelten entweder übersehen oder vergessen; diese Insufficienz ist in ihrer ganzen Tragweite und in ihrer Originarität nur dem Arzte oder überhaupt demjenigen zugänglich, der die Vorgeschichte des Kranken genau kennen zu lernen und ihn detaillirt zu beobachten Gelegenheit findet.

Aber, so drückt sich der Verf. aus, «den harmlosen Zeitungsleser überläuft eine Gänsehaut beim Gedanken, ohne Weiteres für irrsinnig erklärt zu werden und er liest mit Grauen das Drama aus der Irrenanstalt». Der Verf. nimmt sehr zweckmässig Gelegenheit, der im vorigen Jahre in Anregung gebrachten Mariaberger Affaire Erwähnung zu thun und äussert sich folgendermassen: «Kommt noch hinzu, dass ein Process, wie er jüngst gegen die Alexianerbrüder zu Achen geführt wurde, in der That die gröbsten Ausschreitungen gegen Geisteskranke aufdeckt, so wird das Publikum noch mehr in dem Glauben bestärkt, die Irrenanstalt sei ein Verbannungsort für missliebige Personen. Die Logik der Laien identificirt die Thatsache der schlechten Behandlung der Kranken mit der Fiction ih.er gewaltsamen Internirung, obwohl letzteres keineswegs im Processe Mellage bewiesen wurde: den Forbes war unzweifelhaft geistesschwach und ein Trinker». [1])

Verf. constatirt unter den von ihm für die Schreibweise Paranoischer angeführten Paradigmata eine deutliche Zweitheilung, die derjenigen Magnan's in der Hauptsache entspricht: Bei dem einen Theil der Patienten (bei Magnan délire chronique á evolution systematique) stehen Sinnestäuschungen im Vordergrunde, welche unangenehme und ängstliche Empfindungen hervorriefen und den Verfolgungswahn schürten; die Abhandlungen dieser Kranken sind unverständlich und beweisen den definitiven Bruch mit der Mitwelt. Dem Inhalte der Schriftstücke entspricht durchaus die äussere Form in ihrer Ueberladung mit erdachten Lettern, neugebildeten Worten und nichtzuenträthselnden Ausdrucksweisen. Bei der anderen Kategorie der erwähnten Schriftsteller (bei Magnan: Paranoia der Entarteten) treten die Sinnestäuschungen in den Hintergrund, es erweist sich eine an sich logische Gedankenfolge, wobei sich jedoch die illusionäre resp. hallucinatorische Verfälschung der Wirklichkeit nachweisen lässt. Die Elaborate zeigen unter Umständen sogar Dialektik und Formgewandtheit.

Verf. schlägt vor, den Begriff der Degeneration wegen seiner bis dato wenig präcisen Definition und Abgrenzung — als das für die Trennung der beiden Formen Entscheidende — fallen zu lassen, «denn es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, dass alle, die an der Paranoia leiden mehr oder weniger die Zeichen der Entartung an sich tragen und dass diese Krankheit nur auf einem geeigneten Boden zur Entwicklung gelangt.» Auch wendet sich B. gegen die schematische Auffassung, als müsse das délire chronique, wie Magnan meint, vier Stadien durchlaufen: (période d'inquetude, période de persecution, période ambitieuse. démence). Soviel aber stehe fest, dass die eine Form der Paranoia («délire chronique») nur solche Personen befällt, die bis zum Ausbruche der Krankheit keine Zeichen moralischer oder intellektueller Störung darboten und schliesslich in Schwachsinn ausklingt. Die zweite Form («Paranoia der Entarteten») zeige sich nur bei solchen Personen, welche schon vor der Erkrankung eine Reihe von Sonderbarkeiten und auffallenden Charaktererscheinungen dargeboten haben; in dem Wesen dieser Kranken lässt sich im Krankheitsverlaufe keine Zunahme der geistigen Störung constatiren.

Es ist ein praktisch wichtiges und dankenswerthes Unternehmen Behr's, darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass die wegen der Prognose erforderliche Zweitheilung der Paranoia an der Hand des Krankheitsverlaufes — nicht aber an der Hand theoretischer Erwägungen vorzunehmen sei und dass die in Schwachsinn ausartende Form den endgültigen Austritt des Individuums aus dem socialen System involvirt, sociale Unverwendbarkeit in sich schliesst, während die andere sich während des ganzen Verlaufes gleichbleibende Form den Pat. in seiner Mitwelt weiterbestehen lässt als mehr oder weniger nützliches resp. störendes Glied der Gesellschaft. Für die Zukunft freilich spricht Verf. die sehr berechtigte Hoffnung aus, dass die Psychophysik die erörterte Frage fördern wird, «dass sie uns lehren wird, aus gegebenen Grössen, d. h. den individuellen Eigenschaften die unbekannte Grösse d. h. den Verlauf der geistigen Erkrankung vorher zu bestimmen und zu beurtheilen.» Zum Schlusse seiner Arbeit giebt Verf. eine zeitgemässe wenn auch kurze Besprechung der vielfach missverstandenen Beziehungen zwischen Genie und Irrsinn: in den besprochenen wie überhaupt in den paranoischen Elaboraten dürfte wohl vergebens nach etwas Geistreichem oder Genialem zu suchen sein; etwas Gemeinschaftliches zwischen Genie und Irrsinn bestehe nur nach der formalen Seite. Im Wesen beider Zustände findet B. folgenden durchaus entscheidenden Unterschied: «Das Genie schlägt neue Wege ein, während die Paranoia, wie schon ihr Name besagt, eine Abweichung vom gewöhnlichen Wege, «eine Verrücktheit» bedeutet, nicht den neuen Weg selbst».

Ernst Sokolowski.
Alexandershöhe.

Dr. B. Buxbaum: Die hydriatische Behandlung der Diarrhoe. (Winternitz Bl. f. Klin. Hydrotherapie. 1895 Sept.)

Ein jeder, der auch nur etwas Erfahrung in der Wassercur hat, wird Verf. zugeben, dass die Hydrotherapie das allerwirksamste Mittel gegen alle Formen von Diarrhoe ist, womit man häufig geradezu verblüffende Resultate erreicht. Diarrhoeen von monate- und jahrelanger Dauer werden oft durch eine einmalige Anwendung der Cur dauernd beseitigt.

Für äusserst wichtig hält Verf. die Form und Ursache, d. h. die sorgfältige Diagnose jedes Falles.

1) Durchfälle, die auf Hyperämie des Darms und seiner Schleimhaut beruhen. Hierher gehören alle acuten und chronischen Catarrhe des Darmcanals, die Sommerdiarrhoe bei Kindern und Erwachsenen (Cholera nostras) die asiatische Cholera und Dysenterie. Die Behandlung ist dabei folgende: Kräftige Abreibung des ganzen Körpers mit einem in möglichst kaltes Wasser getauchten sorgfältig ausgerungenen Laken; danach wird der Patient ohne abgetrocknet zu werden in ein Sitzbad von höchstens 14° C. gewöhnlich 12 -10° C. gebracht und Oberkörper und Beine sorgfältig in wollene Decken eingehüllt. Dauer des Sitzbades wenigstens 10—15 Min., gewöhnlich 20—30 Min. und darüber. Die Wirkung wird durch kräftiges Frottiren am eingetauchten Theile während des Bades erhöht. Dann wird der Patient zu Bett gebracht und eine erwärmende Leibbinde umgelegt. Die Wirkung dieses Bades ist stets eine frappante.

2) Nervöse Durchfälle, die auf zu rascher und beschleunigter Peristaltik beruhen, vorwaltend durch zu grosse Irritabilität der Darmmusculatur. Hier ist gewöhnlich Wärmezufuhr am Platz. Feuchte Einwickelung in gut ausgewundene kalte Leintücher in der Dauer von 1—2 Stunden mit nachfolgendem Halbbad von 24°—20°, Leibbinde bis zur völligen Erwärmung, ferner über einen feuchten Umschlag applicirter heisser Magenschlauch, die japanischen Wärmkasten etc. auch Dampfcompressen: auf das mit trockenem Flanell bedeckte Abdomen wird eine in heisses Wasser getauchte Compresse gelegt, die wieder mit trockenem Flanelle bedeckt wird. (Namentlich bei nervöser Kolik ist diese Behandlung häufig von Nutzen, bei neurasthenischen nervösen Durchfällen sind aber Abreibungen und Sitzbäder oft von raschem Erfolg begleitet. Ref.)

3) Diarrhoe in Folge partieller Darmatonie wird mit kurzen kalten allgemeinen Proceduren vereint mit localen auf den Bauch gerichteten Kälteapplicationen behandelt,

Buch (Willmanstrand).

Dr. Ziegelroth. Die electrische Belichtung bei Lupus. Winternitz Bl. f. klin. Hydrotherapie 1895 Juni.

Lahmann hat in zwei Fällen von Lupus Heilung bez. bedeutende Besserung mit electrischer «Belichtung» der er-

[1]) In manchen dem eben citirten ähnlichen Fällen wird die Situation noch complicirt durch den Umstand, dass die Angehörigen den Internirten, thatsächlich Kranken, ohne ihn für krank zu halten als missliebige Person aus dem Gesichtskreise entfernen wollten i. e. mit entgegengesetzter Absicht, also gewissermassen mala fide eine durchaus correkte Handlung vollführten. (Anmerk. d. Referenten.)

krankten Hautstellen mittels eines strahlensammelnden Hohlspiegels erzielt. Stromstärke 12 Ampère; die Lichtquelle ist im Brennpunkt des Spiegels angebracht, so dass die reflectirten Strahlen parallel austreten.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Der 23. und 24. schlesische Bädertag Reinerz 1895 und 1896. 8°.

Alljährlich erscheint diese werthvolle Publication, die namentlich jedem zu empfehlen, der seine Patienten in eines der schlesischen Bäder schicken will, aber auch sonst viele werthvolle Aufsätze balneotherapeutischen und auch rein bädertechnischen und ökonomischen Inhalts aufweist. Jeder, der irgendwie an der Leitung von Curanstalten betheiligt ist, wird diese jährliche Publication mit vielem Nutzen lesen.

Buch (Willmanstrand).

Проф. Адольфъ Пиннеръ: Повторительный курсъ органической химіи. Переводъ съ 10 нѣмецкаго изданія Александръ Альмедингенъ. Изданіе Ф. В. Щепанскаго. С.-Петербургъ 1896. Цѣна 3 руб.

Soeben ist die 10. Auflage des deutschen Repetitoriums der organischen Chemie von Pinner, welches sich einer grossen Beliebtheit erfreut und eine ungeheure Verbreitung unter den Studirenden gefunden hat, in russischer Uebersetzung erschienen. Dieselbe ist ganz vortrefflich ausgeführt und kann dem Original getrost an die Seite gestellt werden, was die Klarheit der Sprache anbetrifft.

Zum Schlusse ist noch ein kurzes Capitel beigefügt über den Nachweis der wichtigsten Gifte aus der organischen Chemie, wie Carbolsäure, Nitrobenzol und Mirbanöl, Chloroform, allgemeine Reaction auf Alkaloide, Morphin, Strychnin, Blausäure, Alkohol. Dieser Abschnitt ist dem Werke von Prof. Ernst Ludwig entnommen: «Medicinische Chemie in Anwendung auf gerichtliche, sanitäts-polizeiliche und hygienische Untersuchungen, sowie auf die Prüfung der Arzneipräparate». 2. Auflage 1893.

Das einzige, was man an der russischen Ausgabe aussetzen könnte, ist eine fehlende Uebersichtlichkeit, bedingt lediglich durch den Druck. Dieselbe ist es, die dem Original, wo so verschiedene Druckarten vorhanden sind und die Namen der einzelnen chemischen Verbindungen recht deutlich mit verschiedenartigem in's Auge fallenden Drucke verzeichnet sind, den hohen praktischen Werth eines Repetitoriums verleiht. Wenn man nur bei der nächsten Auflage das deutsche Original auch für die Ausgabe und den Druck zum Vorbilde nehmen würde, so könnte diesem Fehler leicht abgeholfen werden.

Hecker,

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Juni d. J. 7470 (24 wen. als in d. Vorw.), darunter 937 Typhus — (123 wen.), 654 Syphilis — (6 mehr), 149 Scharlach — (20 wen.), 66 Diphtherie — (4 wen.), 90 Masern — (7 wen.) und 73 Pockenkranke — (7 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Mai bis 1. Juni 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
353	312	665	154	71	114	16	10	23	62	47	42	40	47	28	5	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 11, Pocken 6, Masern 21, Scharlach 16, Diphtherie 15, Croup 5, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 2, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 76, Todtgeborene 22.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(3) 12—9.

Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder am 24. Mai.

Kolberg war 1895 von 10,011 **wirklichen Kurgästen** besucht. Fremdenverkehr während der Kurzeit über 20,000 Eisenbahn-Sommerfahrkarten. Neu eingelegter Nachtzug von und nach Berlin.

Kolberg verbindet gleichzeitig **See- u. natürliche Soolbäder**. Starker Wellenschlag. Feinsandiger stein- und schlammfreier Strand. **Warme See- und kohlensäurehaltige Soolbäder.**

Dampfer-Verbindung mit Bornholm, Kopenhagen, Heringdorf u. Rügen.

Telephon-Verbindung mit Berlin, Stettin und anderen Städten.

KOLBERG

See- und Solbad

Dampf- und Moorbäder, Inhalatorien, Heilgymnastik und Massage. **Ausgedehnte Park- und Gartenanlagen.** 3 Kilometer lange **Dünenpromenade.**

See- und Soolbad.

Kolberg hat **Wasserleitung mit Hochdruck** Kanalisation. Städtischer Schlachthof **Verkaufsstellen** guter Milch, Molken, sowie aller Arten Brunnen zu Trinkkuren. 13 Aerzte. 3 Apotheken. **Grosser Promenadensteg in See.**

Kolberg hat **eigenes Theater mit guter Oper,** Militär-Kapelle, Spielplätze und Lesehalle. Wasser und Buschcorsos. Réunions, Ballgesellschaften und Kinderfeste.

Grosse Auswahl von Wohnungen zu mässigen Preisen.

Bad Königsbrunn bei Königstein i. S.

(im Mittelpunkt der Sächs. Schweiz, nahe bei Dresden).

Kurhaus für chronische Kranke und Erholungsbedürftige.

Vorzügliche Lage und Verpflegung. Electr. Beleuchtung. Prosp. gratis durch

(66) 8—5. **Dr. Putzar u. Dr. Winchenbach.**

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October. — Frequenz: 13 — 14000.

Station der Hannov.-Altenb.-Eisenb. u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim - Cöln-Paris.

Aeltester Kurort Deutschlands mit weltbekannten, kräftigen Stahlquellen u. Eisenmoorlagern, vorzügl. **Kochsalz-Säuerling** zu **Trinkkuren** u. **gehaltr. Soolen. Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. — Freundl. anmuth. Platz, Hochdruckwasserleitung, vorz. Trinkwasser, ausgedehnter Kurpark, uralte Alleen, Lawn-tennis-Plätze, electr. Beleuchtung, Bergbahn z. nahen Hochwald, eleg. Bergrestaurant, Kurkapelle, Theater, Bälle, Rennen, freie Jagd u. Fischerei. Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**

Königliches Bad Oeynhausen,

Station der Linien Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim.

SOMMER- UND WINTERKURORT. Thermal- u. Soolbäder. Saison vom 15. Mai bis Ende September. Winterkur vom 1. October bis Mitte Mai. Molken- u. Milchkur-Anstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte u. Beschreibung übersendet frei die **Königliche Bade-Verwaltung.** (42) 3—2.

Wasserheil-Anstalt Bad Homburg,

Massage, Elektrotherapie, Gymnastik (ehemals Dr. Hünerfauth). **Für Magen- u. Darmkranke, Diabetes, Gicht, Rheumatismus, Nerven-, Muskeln- u. Gelenkkrankheiten. Mast- u. Entfettungskuren** unter Controlle des **Stoffwechsels. — Diätetische Küche. — Bauchmassage** f. Brunnen-Patienten. — **Nur ärztliche Massage.** — Alle Arten Bäder. —Farad., Galvan., Influenz—Elektr.

(36) 8—7. **Dr. Hans Leber.**

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.

Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.

Fuhrbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen (31) 10—4.



Dr. Köllder's Kurh. u. Pens. auf d.

Hainstein

b. d. **Wartb.** Eisenach, Sommerf. auch f. Nichtkurgebr. Prosp. gr. u. fr.

Дозв. ценз. Спб. 7 Іюня 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. **Dr. Johannes Krannhals.**

Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.

St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, 15. (27.) Juni **1896**

Alexia subcorticalis (Wernicke.)

Beitrag zur Kenntniss der Alexie, Agraphie, Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit.

Von

Dr. med. H. Higier (Warschau.)

Aus der Nervenabtheilung des Warschauer Israelitenhospitals und aus der Privatpraxis.

Die Untersuchungen, welche sich auf die pathologisch-anatomische Grundlage derjenigen, klinisch äusserst interessanten Form der Sprachstörung, die Wernicke als subcorticale Alexie bezeichnete, beziehen, haben bislang zu sicheren einheitlichen Ergebnissen nicht geführt. Viel genauere, durch eine ziemlich grosse Reihe von in der Literatur beschriebenen Fällen im Wesentlichen festgestellte Kenntnisse besitzen wir dagegen über das klinische Krankheitsbild der genannten Alexie, die besonders im letzten Quinquennium vielfach die Aufmerksamkeit der Neurologen auf sich gelenkt hat. (Monakow[1]), Miersejewski[2]), Uthoff[3]), Adler[4]), Moëli[5]), Williams[6]), Weissenberg[7]), Lissauer[8]), Müller[9]), Déjérine[10]), Berkhan[11]), Henschen[12]), Vialet[13]), Bruns-Stölting[14]), Bleuler[15]), Lossen[16]), Zenner[17]), Lanz[18]), Touques[19]), Bruns[20]), Bianchi[21]), Redlich[22]). Der Wernicke'sche Symptomencomplex ist in den letzten Jahren so vielfach studirt, seine klinischen Varietäten so mannigfach erweitert und psychologisch vertieft, die zahlreichen Beziehungen zu anderen Krankheitserscheinungen so eingehend verfolgt worden, dass man in der That neue Ergebnisse und einen tieferen Einblick in das Wesen der Krankheit nur auf Grund genauer anatomischer Untersuchungen zu erwarten hat. Der Werth derjenigen zwei Fälle, über die ich gleich berichten will, soll und kann jedoch nicht in den Ergebnissen der pathologisch-anatomischen Untersuchung liegen, da es sich um Patienten handelt, die glücklicherweise gänzlich oder theilweise von ihren Leiden geheilt wurden. Ich halte dennoch die Veröffentlichung der diesbezüglichen Fälle für einigermassen berechtigt, da sich einerseits aus denselben ein tiefer Einblick in den Mechanismus und den Entwickelungsgang der bei der subcorticalen Alexie beobachteten Störungen gewinnen lässt, andererseits die klinische Stellung des Grundsymptomes, der Alexie, zu den weniger constanten Erscheinungen — zur Hemianopsie, Agraphie, Dyslexie, Seelenblindheit, optischen Aphasie — recht deutlich hervortritt. Uebrigens ist die reine subcorticale Alexie immerhin eine recht seltene Erscheinung, so dass neue Beobachtungen für eine künftige Gesammtdarstellung des Gegenstandes immer noch willkommen sein dürften. Jeder genau beobachtete casuistische Fall ist nicht zu unterschätzen und liefert einen brauchbaren Baustein zum kolossalen Gebäude der Aphasie. Besonders geeignet zum Studium dürften diejenigen, nicht zweideutigen Fälle von Alexie sein, die ohne beträchtliche Störungen der übrigen psychischen Functionen einhergehen. Ein Eingehen auf gewisse allgemeine Gesichtspunkte aus der Lehre von der Aphasie wird sich nicht vermeiden lassen. Es soll dies jedoch nur insofern geschehen, als es zur Auffassung der Fälle unumgänglich nothwendig ist. Zum eingehenden Studium dieser Fragen empfehlen wir unter den älteren Arbeiten die von Kussmaul und Wernicke, unter den neueren die von Bastian, Freud und Goldscheider.

Unter «subcorticaler Alexie» verstand Wernicke ein durch subcortical gelagerte Hirnläsionen bedingtes Symptomenbild, das im Wesentlichen in dem Unvermögen zu lesen bei erhaltener Sprache und erhaltenem Sprachverständniss besteht. Die grosse Gruppe von Lesestörungen, die blos Theilerscheinung und Folge einer der gewöhnlichen Formen von Aphasie sind, wird somit von dieser Rubrik gänzlich ausgeschlossen. Das Bild der subcorticalen Alexie pflegt sich in der Mehrzal der Fälle sehr typisch zu gestalten.

Die Lesefähigkeit geht theilweise oder total verloren: manche Patienten erkennen Buchstaben, sind jedoch nicht im Stande dieselben zu bezeichnen, bei den Meisten besteht dagegen im allgemeinen Verlust der Fähigkeit die Sprachsymbole zu erkennen. Gelegentlich werden Buch-

staben erkannt, Worte dagegen nicht (verbale Alexie) Bei partieller Buchstabenalexie (litterale Alexie) werden nur vereinzelte Buchstaben erkannt. Mitunter lesen oder verstehen die Alectiker sogar vereinzelte Worte, z. B. ihre eigenen Namen. Beim blossen Ansehen nicht erkannte Buchstaben können zuweilen — nicht immer — erkannt werden, wenn man dem Patienten den richtigen Namen suggestionirt. Erkannte und richtig bezeichnete Buchstaben können vom Alectiker selten zu einem Wort zusammengefügt werden. Manchmal werden einzelne Worte richtig erkannt, wenn auch das Buchstabiren ganz unmöglich ist. Geschriebene Buchstaben und Worte verhalten sich nicht immer wie gedruckte, die Buchstaben des grossen Alphabets nicht wie die des kleinen. Manchmal werden bei normal erhaltener Sehschärfe grosse Buchstaben gut, mittlere sehr schwer, kleinere gar nicht gelesen. Zahlen verhalten sich analog den Buchstaben. Nicht selten zeigen dieselben jedoch eine Ausnahmestellung, indem sie trotz bestehender litteraler und verbaler Alexie anstandslos gelesen werden. Zuweilen bezeichnet der Patient die Ziffer, nachdem er durch innerliches oder lautes Abzählen von 1 an die betreffende Zahl gekommen ist. Partielle Zahlenalexie ist sehr selten. Oft werden unter einer Reihe von Ziffern die dem Alectiker unbekannten mit dem Namen der letzten Ziffer, die sie hatten lesen können, bezeichnet. Längere Zahlenreihen werden in der Regel nicht gelesen. Das Erkennen von Interpunctionszeichen und von musikalischen Noten kann ebenfalls isolirte und partielle Defecte aufweisen.

Was die Schreibefähigkeit betrifft, so wird von Wernicke, Déjérine und manchen späteren Autoren eine strenge Grenze gezogen zwischen den Fällen von Alexie mit Agraphie und denjenigen, relativ häufigeren, wo Wortblindheit gleichzeitig mit Verlust der Schreibefähigkeit vorhanden ist. Wo Agraphie besteht, ist sie in der Regel partiell, indem die Patienten spontan resp. nach Dictat schreiben, aber nicht zu kopieren verstehen. Selten ist bei der subcorticalen Alexie die Agraphie total. Zuweilen bleibt das spontane Schreiben intact, das Dictandoschreiben gänzlich aufgehoben. Den Schreibestörungen analog verhalten sich in der Mehrzahl der Fälle die Anomalien der Zeichenkunst. Die Alectiker sind meist nicht im Stande auch das zu lesen, was sie selbst geschrieben haben. Gelegentlich kann das alectische Individuum schreibend lesen, indem es die vorgelegten Buchstaben mit dem Finger malt und diese Bewegungsempfindungen sich zum Bewusstsein bringt. Druckschrift wird auf diesem Wege viel schwerer entziffert. Passiv mit der Hand des agraphischen Patienten gemachte Schriftzeichen werden zuweilen erkannt und richtig benannt. Als nothwendiger Bestandtheil des Wernicke'schen Symptomcomplexes kann jedoch diese Eigenthümlichkeit nicht angegeben werden.

Eine weitere, neben der Alexie beinahe constant vorhandene Erscheinung des betreffenden Symptomcomplexes stellt die homonyme Hemianopsie dar. Sie ist in der Regel eine rechtsseitige. Die Grenzlinie der erhaltenen Gesichtsfeldhälfte deckt sich nicht immer haarscharf mit dem vertikalen Meridian, zuweilen besteht ein deutliches Uebergreifen des Gesichtsfeldes über das Centrum hinaus in die ausgefallene Gesichtsfeldhäfte. Das Bewusstsein der ausgefallenen rechten Gesichtsfeldhälfte geht fast nie verloren. Die sog. hemianopische Pupillenreaction fehlt bei der Hemianopsie der Alectiker.

Viel weniger constant als die Hemianopsie sind zwei andere Anomalien der Sehfunctionen: die Seelenblindheit und die ihr nahestehende optische Aphasie.

Bei der Seelenblindheit geht der grösste Theil der früher erworbenen optischen Erinnerungsbilder verloren und wird zugleich die Fähigkeit eingebüsst neue Erinnerungsbilder anzulegen. Vom seelenblinden Alectiker werden somit Gegenstände der Umgebung sehr gut gesehen, aber nicht begrifflich erfasst, d. h. die dem Gegenstande entsprechende Vorstellung wird gar nicht oder nicht klar genug erweckt. Der Patient orientirt sich in den ihm bekannten Räumen sehr schlecht, weil ihn Alles fremd anschaut. Den gesehenen Gegenstand ist er nicht im Stande zu erkennen und zu benennen. Der Kranke kann mehrere Tage hindurch im Zimmer sich befinden und doch hilfloser als ein Fremder sich in demselben zurechtfinden, ohne irgend eine Person oder irgend ein häusliches Geräth und dessen Anwendungsweise zu erkennen. In manchen Fällen bleiben die optischen Erinnerungsbilder nachweislich erhalten und dennoch ist die Identificirung des neuen Gesichtseindruckes mit dem Erinnerungsbild unmöglich. So können beispielsweise manche Patienten das Aussehen der Strassen, ihres Hauses, vieler Personen und Gegenstände in ihrem Zimmer deutlich und richtig sich vorstellen, sobald sie aber diesen Dingen gegenüberstehen, so erscheinen sie ihnen fremd In Folge des massenhaften Einwirkens fremder Gesichtseindrücke stellt sich ein unbehaglicher Zustand ein, der geradezu an Verwirrtheit oder Schwachsinn erinnert.

Wo das optische Erinnerungsvermögen stark beeinträchtigt ist, kann Patient spontan die Gesichtseindrücke nicht mehr reproduciren, sich Physiognomien, topographische Verhältnisse nicht mehr vorstellen. Der Vater ist nicht im Stande das Aussehen seiner Kinder anzugeben, der Hausbesitzer die Form des ihm wohlbekannten Gebäudes, der Kaufmann die Farbe der gangbarsten Waaren, der Musiker die Grösse des Pianos etc. Ab und zu geht die Seelenblindheit nebst Alexie in partielle oder complete Rindenblindheit über, wo, trotz intacter peripherischer Sehapparate, vom Patienten factisch Nichts gesehen wird. In der Regel ist jedoch die Seelenblindheit, bei der subcorticalen Alexie sehr schwach ausgesprochen und erreicht fast nie solche hohe Grade.

Häufiger als die Seelenblindheit wird die sog. optische Aphasie (Freund) bei der Alexie beobachtet. Sie besteht darin, dass vorgehaltene Gegenstände zwar gesehen und erkannt werden, aber erst dann die sprachliche Bezeichnung für dieselben gefunden, wenn sie von einer anderen Sinnessphäre aus geweckt wird, d. h. wenn der Gegegenstand betastet, oder mit dem Gehör, Geruch u. s. w. erfasst wird. Der Kranke ist also nicht im Stande, die optischen Erinnerungsbilder für die Sprache zu verwerthen, so lange bis ihm Erinnerungsbilder anderer Natur (tactile, gustatorische, olfactive, acustische) zu Hilfe kommen. In seltenen Fällen kann der optisch angeregte Begriff auch nicht auf dem Umwege über etwaige acustische oder tactile Componenten die Wortbezeichnung des erkannten Gegenstandes auslösen. In wenig ausgesprochenen Fällen finden die Patienten den Anlaut des Namens vorgehaltener Gegenstände, z. B. den ersten oder die beiden ersten Consonanten, oder sie benennen die erkannten concreten Objecte langsam, nach längerem Nachdenken. Das Gedächtniss, die Intelligenz, die psychische Leistungsfähigkeit können somit intact bleiben, wenngleich bei genauer Nachprüfung selten Defecte vermisst werden. Dasselbe gilt von der Sehschärfe, die von der bestehenden optischen Aphasie oder Seelenblindheit unabhängig und denselben nicht proportional zu sein pflegt.

Das Symptomenbild der «subcorticalen Alexie» abschliessend, können wir als constante, beinahe nie fehlende Erscheinungen derselben die Alexie und die rechtsseitige homonyme Hemianopsie betrachten, als seltener anzutreffende

Symptome die verschiedenen Varietäten der Agraphie, besonders das mangelhafte Copiren, bei erhaltener Fähigkeit spontan und nach Dictando zu schreiben, dann die sog. optische Aphasie und partielle Seelenblindheit.

Welches ist nun das pathologisch-anatomische Substrat und die psycho-physiologische Begründung des eigenthümlichen Symptomencomplexes? So viel die bisherige Erfahrung lehrt, ist die Alexie, ebenso wie die aphasischen Störungen, fast ausschliesslich an Läsionen der linken Hemisphäre geknüpft und zwar haben sich am häufigsten Heerde in der Gegend des unteren Scheitellappens und der angrenzenden Theile des Occipitallappens (Gyrus angularis der Deutschen pli courbe der Franzosen) sowie des zugehörigen Markes gefunden. Die rechtsseitige Hemianopsie fand somit ihre Erklärung in der Affection des corticalen Sehcentrums selbst, resp. der unter dem genannten Rindenterritorium gelegenen optischen Bahn (Sehstrahlung), die Alexie — in der Unterbrechung der Verbindungsbahn zwischen dem optischen und acustischen Centren. Für die auffallende Thatsache, dass Alexie bei einseitigen und zwar linksseitigen Heerden wiederholt beobachtet wird, wurde von den meisten Autoren die Annahme gemacht, dass die Buchstabenerinnerungsbilder blos in der linken Hemisphäre angelegt sind, ähnlich wie auch die Wortklangbilder und die Centren für die motorischen Sprachbewegungen nur links vorhanden sind.

Bevor wir uns auf Einzelheiten der theoretischen Auseinandersetzung einlassen, wird es zweckmässig sein, uns für die Erörterung einen festen Boden und bestimmte Anhaltspunkte in unseren eigenen Beobachtungen zu schaffen. Wir beginnen mit der Besprechung eines Falles, den wir im Jahre 1891 an der Abtheilung Dr. Gajbiewicz, im Israelitenhospital zu beobachten Gelegenheit hatten.

Beobachtung I. Judka Glikzeliger, 32 Jahre alt. Bürstenmacher. Will nie schwerkrank gewesen sein. Die Eltern starben an Apoplexie. Ist seit 12 Jahren verheirathet. Die Frau hat 5 mal geboren, nie abortirt. Die Kinder sind gesund. Lues, Alcoholismus, Malaria, schwere acute Infectionskrankheiten werden in Abrede gestellt. Ohren- und Augenkrankheiten hat er nie durchgemacht.

Patient klagt über intensive, nicht näher definirbare Schmerzen im Kopfe, die anfänglich diffus waren, die letzten 4—5 Wochen sich etwa 3 Querfinger breit oberhalb der linken Ohrmuschel localisirten und nach hintenzu ausstrahlten. Besonders heftig werden dieselben in den Nachtstunden. Das Sehvermögen soll ebenfalls im letzten Monate stark gelitten haben.

Bei der ersten, am 10. Nov. 1891 vorgenommenen genauen Untersuchung liess sich folgender Status erheben. Kräftig gebautes, anämisches Individuum. Leicht wechselnde Gemüthsstimmung, zum Weinen geneigt. Intelligenz normal. Sensorium frei. Zustand fieberfrei. Puls 68, kräftig. rhytmisch. Innere Organe intact. Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Percussion des intensiv schmerzenden Kopfes nirgends schmerzhaft, percussorischer Ton am Kopfe überall dumpf. Kein Ohrenfluss. Die otoscopische Inspection ergiebt negative Resultate. An der Haut und den Knochen keine Spur einer durchgemachten Syphilis. Nirgends Lähmung oder Sensibilitätsstörungen. Das Dynamometer schlägt beiderseits gleiche Zahlen an (70 Pf.). Kniephänomene lebhaft. Hirnnerven functioniren normal. Pupillen enge, reagiren auf Lichteinfall und Accomodation prompt. Ophtalmoscopisch lässt sich eine, besonders am linken Augenhintergrund deutlich ausgesprochene Stauungspapille constatiren mit Erweiterung und Schlängelung der Netzhautvenen und verwischten Papillengrenzen. Das Sehvermögen stark herabgesetzt, links mehr als rechts. Patient sieht jedoch noch gut und genug, um mittelgrosse Buchstaben, sowohl geschriebene als gedruckte von der Ferne zu entziffern und bei Näherrücken prompt aus dem Buche zu lesen. Emmetrop. Ausfall der rechten Gesichtsfeldhälfte auf beiden Augen, die bei Untersuchung mittels des Fingers ohne weitere Schwierigkeiten festzustellen ist. Während Patient einen von links her in das Sehfeld gebrachten Finger auf beiden Augen in freilich eingeschränktem Umfange bemerkt, sieht er denselben von rechts her erst, sobald er die Mittellinie erreicht resp. passirt. Trotz der herabgesetzten Sehschärfe und der bestehenden rechtsseitigen homonymen Hemianopsie findet sich Patient im Zimmer zurecht, erkennt seine Mitpatienten, benimmt sich vollständig correct, gebraucht alle Gegenstände in der rechten Weise. Sprachstörungen konnten in der gewöhnlichen Unterhaltung nicht bemerkt werden. Er verstand alles, was man zu ihm sagte, konnte alles nachsprechen, einfachere Rechnungen rasch und richtig lösen.

Etwa am 5. Tage seines Aufenthaltes im Spital machte mich der Kranke auf eine, ihn selbst beunruhigende Lesestörung aufmerksam, die er denselben Morgen beim Aufstehen bemerkt haben soll. Er war nämlich nicht im Stande, ein ihm unbekanntes, auf der Wandtafel des Krankensaales gedrucktes hebräisches Gebet prompt und laut zu lesen. Nebenbei sei erwähnt, dass er hebräisch seit dem 6. Lebensjahre liest und versteht, die polnische Sprache erst im 14. Jahre erlernt hat.

Das vorgenommene Examen der Sprach-, Lese- und Schreibfähigkeit ergab Folgendes. Patient spricht correct, beantwortet jede Frage ohne Weiteres, so dass das Sprachvermögen und das Sprachverständniss vollkommen unbehindert zu sein scheinen. Vorgezeigte Gegenstände bezeichnet er ohne Schwierigkeit. Das Alphabet vermag er richtig herzusagen, aber nachdem ihm der Anfang vorgesagt wurde. Das Vaterunser sagt er fehlerfrei. Die Gebete singt er in Text und Melodie ziemlich correct. Er zählt ohne Fehler bis 50. Die Tage der Woche, die Monate zählt er richtig auf. Das Einzige, was eher beim Beantworten der Fragen als beim spontanen Sprechen auffällt, ist das lange Nachdenken resp. die mangelhafte Benennung mancher, ihm wenig bekannter oder selten gebrauchter Gegenstände. So z. B. ist P. nicht im Stande die Namen seiner 2 jüngsten Kinder, des Spitalarztes, des Hauswirthes sich ins Gedächtniss zu rufen. Durch Suggestivfragen lässt sich jedoch erweisen, dass er den richtigen Namen, die richtige Bezeichnung weiss; wird ihm dieselbe vorgesprochen, spricht er sie ohne Anstand nach, kann aber nach einer kurzen Weile das Wort nicht wieder finden. Ein anderes Mal wiederholt er gerne das suggestionirte Wort, auch wenn es nicht passt. Besonders deutlich tritt diese Gedächtnisschwäche hervor, wenn P. durch lange anhaltende Fragestellung ermüdet ist. Das Festhalten und unpassende Wiederholen einmal gebrauchter Worte scheint dagegen vom subjectiveu Ermüdungsgefühle unabhängig zu sein.

Viel ausgeprägter sind die Störungen im Lesen und Schreiben. Er vermag Gedrucktes nicht zu lesen, obwohl er in der Mehrzahl der Fälle den Sinn ganz gut versteht, wie Suggestivfragen ergeben. Desgleichen besteht auch für Geschriebenes Unvermögen zu lesen. Manche Buchstaben werden richtig erkannt und fehlerfrei bezeichnet. Legt man dem P. ein hebräisches Gebetbuch vor, so vermag er zuweilen den Anfang einzelner, ihm gut bekannter Kapitel zu lesen. Ein Wort aus der Mitte des Textes scheint er zwar zu erkennen, jedoch nicht bezeichnen zu können. Auch hebräische Worte, deren Sinn ihm unverständlich ist, erkennt er leicht und findet sie in der angezeigten Zeile bei Suggestivfragen. Wo er ein geschriebenes Wort nicht lesen kann, dort benennt er den dem Worte entsprechenden Gegenstand beim Vorzeigen ganz richtig, weder hilft ihm beim Lesen der Versuch langsam zu syllabisiren noch das rasche einmalige Ansehen des Wortes. Ziffern erkennt er gut, mehrziffrige Zahlen ist er wohl im Stande zu lesen. «15» liest er fünfzehn; «364» liest er dreihundert und..., ohne die nachgebliebenen zwei Ziffern (64) benennen zu können: die «6» scheint ihm eine «9» zu sein, die «4» nennt er «8», obwohl er auf den Befehl eine «vier» aufzuzeichnen, ohne weiteres die Aufgabe richtig löst.

Noch stärker geschädigt ist das Schreibvermögen. P. kann kaum die ersten 2 Buchstaben seines Familiennamens fertig bringen; den fehlenden Theil des Namens sagt er sich wiederholt vor, vermag es aber nicht zu schreiben. Schreiben auf Dictat gelingt ebenso wenig, wie spontan. Vorgeschriebenes kann er sehr mangelhaft nachschreiben. Das Copirte ist er jedoch nicht im Stande laut zu lesen. Gelingt ihm etwas zu copiren, so ist die Schrift unsicher und wenig correct. Von polnischen Schriftzeichen kann er kein einziges Wort trotz starker Anstrengung fertig bringen.

Zählen kann P. richtig; ganz einfache Kopfrechnungen führt er schon bei unbedeutender psychischer Ermüdung unrichtig aus ($5.7 = 45$; $3.4 = 14$; $12 + 13 = 21$). Die recht rasche Erschöpfbarkeit und das consecutive Sinken der geistigen Leistungsfähigkeit lassen sich sehr gut demonstriren, wenn man dem Kranken mehrere Fragen nacheinander stellt; er wird dann verwirrt, beantwortet falsch. ohne das Fehlerhafte der Antworten zu merken. Lässt man ihm nacheinander das rechte Auge, die linke Oberlippe, den linken Daumen, die Nasenspitze, das rechte Knie u. s. w. reizen, so wird er nach einer halben Minute dysorientirt und giebt sehr viele falsche Antworten.

Die Kopfschmerzen des P. wurden im Laufe der Krankheit mit jedem Tage intensiver. Erbrechen trat mehrmals auf. Der Puls war permanent langsam. Einmal war derselbe während eines Ohnmachtfalles 44. Die meisten Sedativa und Antineuralgica waren nicht im Stande eine nennenswerthe Linderung zu veranlassen.

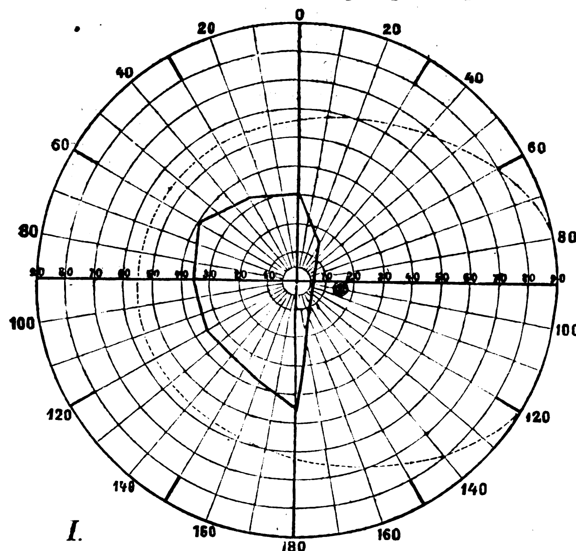
Die den 18. Nov. vorgenommene Krankenuntersuchung ergiebt manche neue Erscheinungen. Der Schmerz ist nicht blos in der erwähnten temporo parietalen Region localisirt, sondern äussert sich auch in Form einer unerträglichen linksseitigen Supraorbitalneuralgie. Weiterhin ist auf dem motorischen Gebiete eine deutliche Parese der rechten Extremitäten zu finden. Der Dynamometeranschlag ergiebt rechts 50, links 72. Das Muskelgefühl und Gefühl der Glieder ist intact. P. steht bei offenen und geschlossenen Augen sicher. Bei Ermüdung kommt ab und zu Versprechen vor. Man muss dennoch ganz genau dem Sprechen folgen, um die paraphatische Störung wahrzunehmen. Vorgezeigte Gegenstände bezeichnet er ganz richtig. Auch erkennt er und bezeichnet correct Gegenstände, die er mittelst anderer Sinne wahrnimmt. Zeichen von Seelenblindheit fehlen dauernd. Die rasche Vergesslichkeit, die schnell eintretende geistige Ermüdung und das pathologische Haftenbleiben eben gebrauchter Worte machen sich in höherem Maasse störend geltend, als früher. Die Sehschärfe ist im Grossen und Ganzen dieselbe geblieben.

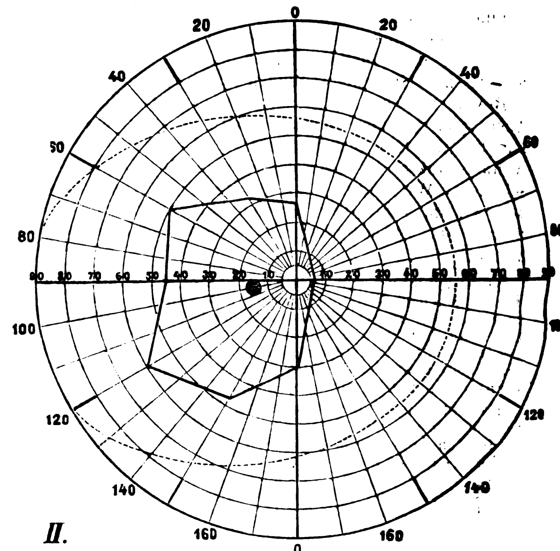
Das Gesichtsfeld konnte perimetrisch festgestellt werden. Wie die nebenstehende Abbildung (Fig. I.) zeigt, findet sich neben einer allgemeinen Gesichtsfeldeinengung eine rechtsseitige homonyne Hemianopsie mit Freilassung des Fixirpunktes. Die linke, in das dunkle Areal überschiessende Hälfte des Gesichtsfeldes ist in horizontaler Ausdehnung sehr eingeengt (für das r. Auge bis 35°, für das l. Auge bis 45°). Farben erkennt P. ganz gut und benennt sie richtig. Zu einer vorgelegten Wollprobe findet er meist, freilich nicht immer, die richtige Nüance. Das optische Erinnerungsvermögen für Farben ist ebenso intact wie für concrete Objecte; auf die Frage, welche Farbe das Blut, das Gras habe, antwortet er richtig. Er weiss auch seine Kinder und Nachbaren leidlich richtig zu schildern, obwohl er den Namen derselben nicht anzugeben vermag.

Die Lesestörung hat in sehr bedeutendem Maasse zugenommen. Indem er früher das Gedruckte richtig erkannte und nur das laute Lesen ihm unmöglich war, ist er jetzt nicht im Stande ein einziges Wort zu erkennen, sowohl in der hebräischen als polnischen Schrift. Einen Theil der vorgelegten Buchstaben des geschriebenen und gedruckten hebräischen benennt P. richtig, andere vermag er nicht zu erkennen oder benennt sie falsch. Geschriebene Buchstaben erkennt er seltener als gedruckte, das kleine Alphabet ist ihm etwas geläufiger als das grosse. Für die polnischen Schriftzeichen ist die Alexie viel stärker ausgesprochen. Ziffern erkennt er fast durchgängig besser als Buchstaben. Bei drei- und vierstelligen Zahlen stockt er ausnahmslos. Die Zahl der Buchstaben in einem nicht entzifferten Worte weiss er immer richtig anzugeben. Die Prüfung auf Alexie war dadurch sehr erschwert, dass der Kranke bei Buchstaben, die er nicht erkannte oder zu benennen wusste, immer zu errathen suchte, wodurch es oft unklar blieb, ob er den Buchstaben verwechselt oder nicht erkannt und falsch gerathen hatte, zweitens durch den Umstand, dass er, Aphatikern analog, an dem einmal geäusserten Wort oder Begriff lange hängen blieb.

Das Schreiben ist weder mit der rechten noch mit der linken Hand möglich, sowohl das Dictat- als Spontanschreiben. Der P. behauptet nämlich von vornherein, dass er seit der Krankheit keine Buchstaben schreiben könne und als er sich auf Zureden endlich doch zu einem Schreibversuch entschliesst, benimmt er sich dabei sehr ungeschickt und unwillig, indem er ein Paar Striche zu Papier bringt. Die Fertigkeit zu copiren ist ebenfalls beinahe gänzlich geschwunden. Die vereinzelten richtig copirten Ziffern ist er nicht im Stande zu lesen. Passiv mit der rechten Hand ausgeführte Schriftzeichen werden ebenfalls nicht erkannt.

Aus dem weiteren Verlauf sei nur erwähnt, dass die Alexie und Agraphie gegen den 10. Dec. total war, indem P. keinen einzelnen Buchstaben im hebräischen und polnischen zu lesen oder zu schreiben im Stande war. Dasselbe galt von Ziffern und Interpunktionszeichen. Die Stauungspapille, die Hemianopsie und die rechtsseitige Hemiparese blieben unverändert bestehen. Das grosse Interesse, das der Kranke bei den Prüfungen an den Tag legte und das Gefühl von kindlicher Zufriedenheit, das er zu äussern pflegte, wenn er eine Reihe von Buchstaben oder Zahlen richtig erkannte, schwand gänzlich. Der P. wurde sehr deprimirt, weinte und äusserte die Befürchtung, er verliere seinen Verstand noch ganz.





Bei einer den 12. XII. stattgefundenen Demonstration in der Nervenklinik Prof. Popow's bekam P. einen schweren Anfall von Bewusstlosigkeit. Der Puls war hart, arythmisch, 44 in der Minute. Die Augäpfel waren krampfhaft nach unten gerichtet. Die Pupillen stark erweitert. Keine Spur von Reaction auf Schmerzreize. Keine motorische Reizerscheinungen. Am nächsten Tage verliess P. in sehr schwerem Zustande das Krankenhaus, um sich nach dem Ablaufe 3-er Wochen vollständig geheilt in der Ambulanz zu präsentiren.

Es war in der That kaum etwas von den schweren Lese- und Schreibstörungen zu finden, keine Spur von der motorischen Parese und den unerträglichen Kopf- und Stirnschmerzen. Nur die noch etwas verwaschene Grenze der Papillen konnte neben dem allgemein verengten Gesichtsfelde auf ein durchgemachtes, schweres Hirnleiden hinweisen. Der wenig intelligente P. war geneigt den Heileffect wiederholten Vesicantien, die ihm zu Hause auf den Nacken applicirt wurden, zuzuschreiben. Nicht unerwähnt muss deshalb bleiben, dass er die letzten 13 Tage seines Spitalaufenthaltes ausschliesslich mit Quecksilber und Jod behandelt wurde und dass er zu Hause das Jod fortgesetzt hatte.

Die Diagnose der Erkrankung hatte im besprochenen Falle keine grossen Schwierigkeiten bereitet. Intensive und permanente Kopfschmerzen, Erbrechen und Benommenheit bei einem an Migräne oder Neuralgie nie leidenden, Zeichen einer chronischen Nephritis nicht darbietenden 32-jährigen Manne sind an und für sich sehr verdächtig. Absolut sicher ist die Natur der Schmerzen geworden, als uns der Augenspiegel doppelseitige Stauungspapille entdeckte und somit auf gesteigerten Hirndruck hinwies. Schwieriger war es mit der Localisation der Neubildung. Das einzige verwerthbare Symptom, das neben den Kopfschmerzen und der Neuritis optica — dieses allgemeinen Druckerscheinungen — die ersten Paar Tage vorhanden war, war die rechtsseitige Hemianopsie, die auf die Affection der linksseitigen Hirnhemisphäre aufmerksam machen konnte. Hemianopische Sehstörungen können sonst bei der Affection des Tractus opticus an der Hirnbasis zu Stande kommen als bei der Läsion der optischen Bahn in ihrem weiteren intercerebralen Verlauf von dem Pulvinar an durch die subcorticale Gratiolet'sche Sehstrahlung zum optischen Centrum der Hirnrinde, das von manchen Autoren an der medialen Seite der Hirnoberfläche (Cuneus), von anderen an der Convexität (Gyrus angularis) localisirt wird. Die Schmerzen, die der Kranke wochenlang an derselben Stelle — 3 Querfinger breit oberhalb und nach hinten von der linken Ohrmuschel — localisirte, schienen eher für die Betheiligung der Convexität zu sprechen. Sehr wahrscheinlich wurde aber diese Localisation, als sich zur Hemianopsie die Lese- und Schreibstörungen hinzugesellten, um das Bild der sog. subcorticalen Alexie zu liefern. Letzterer Symptomencomplex hat, wie wir in den einleitenden Bemerkungen erwähnten, in der Mehrzahl der bekannt gewordenen Fälle eine corticale oder subcorticale Affection in der Gegend des Gyrus angularis ergeben. Die später hinzugekommene rechtsseitige Hemiparese dürfte ebenso wie die Paraphasie als indirecte Heerderscheinung aufgefasst werden, die infolge des Druckes der eminent rasch wachsenden Neubildung auf die unweitliegende motorische Bahn zu Stande kam.

Ueber die Natur des Tumors liess sich während der ganzen Krankheitsdauer nichts Bestimmtes aussagen. Am nächsten lag es, in Anbetracht der oberhalb des Ohres localisirten Schmerzen an einen otitischen Hirnabscess zu denken. Allein das Fehlen von Hitze- und Frostanfällen, die Negirung eines durchgemachten Ohrleidens, die Abwesenheit jeglicher Läsionen am inneren Ohre machte diese Vermuthung ziemlich unwahrscheinlich. Dasselbe galt von der Annahme eines solitären Tuberkels bei dem hereditär nicht belasteten, Lungengesunden Manne. Für eine gummöse Neubildung oder circumscripte Pachymeningitis hatten wir absolut keine Anhaltspunkte weder in der Anamnese noch in der minutiösesten Forschung nach Spuren einer durchgemachten Syphilis. Es blieb uns somit nur die Annahme einer noch wachsenden, näher nicht definirbaren Neubildung übrig. Die Prognose wurde auch deshalb sehr schlecht gestellt. Der sehr günstige Ausgang des schweren Leidens machte schliesslich dennoch die in Betracht gezogene und logisch zurückgewiesene Annahme eines Gummas absolut sicher. Solch' einen Verlauf mit schweren Hirndrucksymptomen und gänzlichem Zurückgehen derselben pflegen nur syphilitische Neubildungen aufzuweisen.

Der eben beschriebene Fall von Alexie muss als ein ziemlich reiner bezeichnet werden, da sonstige Hirnsymptome, abgesehen von den unbedeutenden Erscheinungen der Fernwirkung, kaum entstanden waren. Viel complicirter und in localdiagnostischer Hinsicht bedeutend schwerer verständlich ist folgender, in manchen wesentlichen Punkten von dem ersten abweichender Fall, den ich ein Jahr hindurch in der Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte. Bei demselben traten die alectisch-agraphischen Störungen, auf deren Analyse unten näher eingegangen werden soll, mehr in den Hintergrund, den ersten Platz der optischen Aphasie und der partiellen Seelenblindheit nachlassend.

Beobachtung II. H. A. 56 Jahre alt Zimmermann. War früher stets gesund. Schwere Infectionskrankheiten will er nicht durchgemacht haben. Abusus in Baccho bestand mehrere Jahre hindurch. Ueber acquirirte Lues weiss er nichts anzugeben. An den Genitalien will er im Jahre 1889 eine wenige Tage anhaltende Ulceration der Eichel gehabt haben, die sehr hart war und rasch spurlos vernarbte. Wieviel Tage nach dem letzten Coitus die Ulceration auftrat und ob dieselbe von einer Roseola und anderen secundären Symptomen gefolgt war, lässt sich nicht mit Bestimmtheit eruiren. Der behandelnde Arzt soll einen harten Schanker diagnosticirt haben. Eine antisyphilitische Kur ist nicht vorgenommen worden. Die Frau des P. ist vollständig gesund, hat 6 mal geboren und 2 mal abortirt. Die Aborte fanden in den späteren Monaten ohne nähere Ursache statt. Die abortirten Früchte waren weder die ersten noch die letzten in der Generationsreihe. Von den lebendig geborenen Kindern sind 2 an Lungenentzündung gestorben, die nachgebliebenen sind vollständig gesund und physisch sehr gut entwickelt. Seit mehreren Jahren ist die Frau steril.

Im Jahre 1890, etwa 13 Monate nach der verdächtigen Eichelaffection merkte P. Schwäche in den Beinen, Kriebeln und Gefühl des Gefrorenseins. Kreuzschmerzen und Harnverhaltung sollen in viel geringerem Maasse vorhanden gewesen sein. Dr. Zera schickte den Kranken nach Aachen, woher er zwar gebessert, aber mit einer schweren Stomatitis, die nach der Innunctionscur auftrat, nach Hause kam.

Etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre darauf — 1892 — wurde P. an der linken Körperhälfte gelähmt. Das Gesicht war ebenfalls afficirt. Die Sprache ist mehrere Tage hindurch gestört gewesen. Prodrome und Bewusstseinsverlust waren nicht vorhanden. Gleichzeitig mit der Hemiparese stellte sich Doppelsehen ein, das jedoch binnen kurzer Zeit soweit zurückging, dass es den P. wenig beim Sehen störte.

Kurz darauf treten nach einer in Wörishofen durchgemachten Kneipp-Wasserkur schwere Blasenmastdarmstörungen, doppelseitige Ptose und Abnahme der Sehschärfe auf. Der untersuchende Ophthalmologe Dr. Kramsztyk soll nichts am Augenhintergrunde gefunden haben.

Im Jahre 1893 ging P. nach Oeyenhausen, wo Bäder, Electrisation und geringe Dosen Jod deutliche Besserung herbeiführten. Die Senkung der Augenlider hat sich zu jener Zeit gänzlich zurückgebildet.

Im Juli 1894 ging der Patient wiederum in eine hydropathische Anstalt unweit von Dresden, wo er nur 10 Tage verblieb und «seines eigenthümlichen Verhaltens wegen» nach Warschau zurücktransportirt werden musste. Der ihn begleitende Mitpatient war höchst erstaunt über «das komische Wesen» des Kranken. Neben allgemeiner Gedächtnissschwäche — der Kranke pflegte dasselbe Zeug 2—3 mal zu erzählen — war auffallend die absolute Unorientirtheit sowohl auf der Reise als nach der Ankunft in Warschau. Alles war ihm da fremd, er erkannte weder die Strassen noch sein eigenes Haus und Zimmer. Die Sprache war ungestört, das Benehmen tadellos. Am 2. September 1894 sah ich den Kranken zum ersten Mal.

Aus dem Status, den er zu jener Zeit darbot, sei hier auszugsweise erwähnt: Starker, gut genährter, intelligenter Mann. Klagt über intensive Kreuzschmerzen, unbehagliches Gürtelgefühl und schwere Kopfschmerzen. Mesocephaler Schädel, ohne wesentliche Difformitäten oder Narben, auf Percussion nicht empfindlich. Zustand fieberfrei. Krankheitseinsicht erhalten. Kein sichtbares Zeichen von Lues (Kol. Markusfeld). An den Brust- und Unterleibsorganen lässt sich nichts Krankhaftes nachweisen. Harn schwach eiweisshaltig. Deutliche Parese des rechten Oculomotorius, seiner inneren und äusseren Zweige. Am linken Auge sind dagegen die Bewegungen nach allen Richtungen frei, nur besteht exscessive Myose nebst reflectorischer Pupillenstarre bei grellstem Lichteinfall. Accomodation intact. Tremor der Zunge. Leichte Parese des unteren Facialis. Linke Körperhälfte bedeutend schwächer als die rechte. Der Muskeltonus an den linken Extremitäten erhöht, die Sehnenreflexe lebhaft. Am rechten Beine fehlt dagegen das Kniephänomen gänzlich. Die Sensibilität ist an der paretischen Körperhälfte unwesentlich gestört. Analgesie beider Beine — besonders der peripheren Abschnitte. Keine Spur von Ataxie. Keine lancinirende Schmerzen. Trophische Störungen fehlen. Hirnnerven normal. Sehschärfe stark herabgesetzt. Augenhintergrund intact. Rechtsseitige homonyme Hemianopsie mit Freilassung des ganzen Maculargebietes. Einengung der linken Gesichtsfeldhälfte nicht bedeutend. Farbenblindheit besteht nicht. Die vorgelegte Farbe bezeichnet er richtig und wählt zur selben die richtige Nüance.

Die Sprache ist bei der gewöhnlichen Unterhaltung correct, weder paraphatisch noch gedehnt oder scandirend. Patient versteht alles, was man zu ihm spricht, kann alles nachsprechen, löst einfache Rechnungen rasch und richtig, bei complicirteren denkt er lange nach, giebt jedoch in der Regel richtige Anworten. Das eine, was bei der Unterhaltung auffällt, ist die Beantwortung derselben Frage 3—4 mal innerhalb derselben Visitenstunde, ohne die Wiederholung zu merken. So erzählte er mir eines Tages drei mal binnen einer halben Stunde, wie er nach der Wasserheilanstalt «unter dem Weissen Hirschen» kam, Sitzbäder bekam, Spaziergänge machte etc. Ueber die Ereignisse der letztvergangenen Zeit giebt er nicht immer richtige Auskunft. Er kann sich selten mit Bestimmtheit erinnern, ob er schon nach oder vor dem Mittagsessen sei. Noch schwerer gelingt ihm, das Menu ins Gedächtniss zurückzurufen. Die Namen seiner Kinder, die Vornamen seiner Verwandten und Bekannten weiss er jedoch ganz präcis anzugeben. Eine gewisse Langsamkeit der Spra-

che und öfteres Stecken im Redeflusse werden vom P. auf seine Vergesslichkeit bezogen.

Vorgezeigte Gegenstände erkennt er meistentheils, bezeichnet sie auch in der Mehrzahl der Fälle richtig. Aussergewöhnliche oder seltener gebräuchliche Gegenstände ist er, trotz der richtigen Erkennung und weitschweifigen Umschreibung nicht im Stande zu nennen. Als ihm der Spucknapfen vorgezeigt wurde, spuckte er hinein, als Beweis, dass er die Verwendungsweise desselben kennt, konnte aber den Namen nicht finden, solange man ihm denselben durch Suggestivfragen nicht entdeckte. Zur Bezeichnung mancher Gegenstände (Tintenfass) gebraucht er Worte ähnlichen Klanges oder ähnlicher Bedeutung. Eine Zahnbürste konnte er nur nach dem Betasten, einen Schlüsselbund am Klirren bezeichnen. Sehr deutlich trat die optische Aphasie bei Ermüdung und starken Kopfschmerzen hervor, unter welchen Bedingungen die Bezeichnungen vorgezeigter Gegenstände schwer gefunden zu werden pflegten, auch wenn andere Gefühlscomponenten des betreffenden Begriffes mit zur Hilfe genommen wurden. In den wenigen Fällen, wo die Bezeichnung des Gegenstandes auch bei Zuhilfenahme anderer als der optischen Sinnesorgane nicht ermöglicht wurde, konnte P. mehr oder weniger präcis durch Umschreibung das Erkennen manifestiren. So ging es mit einer Uhrkette, die er trotz des langen Ansehens, Betastens und anstrengenden Nachdenkens nicht bezeichnen konnte. Auffallender Weise wurden jedoch die in der besprochenen Weise nicht auszulösenden Hauptworte in der spontanen Sprache ohne Weiteres gefunden und tadellos gebraucht.

Häusliche Gegenstände wendet er in der Mehrzahl der Fälle richtig an. Es soll jedoch nach den Angaben der Angehörigen des P. bedeutend schlechter mit der Erkennung derselben zu jener Zeit bestanden sein, als der Kranke vom letzten Kurorte ankam. Als Beweis dafür macht die Frau des P. darauf aufmerksam, dass ihr Mann auch jetzt noch die meisten Strassen der Stadt, die ihm ausgezeichnet gut bekannt sind, gar nicht erkennt; dass er vor den Hunderten, in den verschiedenen Stadttheilen stehenden Häusern, bei deren Aufbau er selbst als Zimmermann monatelang beschäftigt war, ganz trostlos vorbeifährt, ohne mit einem Worte das Interesse für dieses oder jenes Gebäude kundzugeben. Diesbezügliche, direct an ihn gerichtete Fragen. bleiben meistentheils unbeantwortet: er erkennt kein Gebäude und weiss es auch nicht zu bezeichnen. Er weiss, dass er zum Arzte geführt wird, geht jedoch tagtäglich ganz indifferent dem Hausthore vorbei, sobald er nicht darauf aufmerksam gemacht wird. Deshalb kann sich P. bei noch ziemlich erträglicher Sehschärfe, nur sehr schlecht in der Stadt orientiren, kann allein ohne fremde Hilfe die nächstliegenden Strassen nicht auffinden. Zu Hause soll anfänglich, wo er weder Personen noch Gegenstände erkannte, das Orientirungsvermögen absolut schlecht gewesen sein. Jetzt ist es ziemlich erträglich. Die optischen Erinnerungsbilder erweisen sich bei der Untersuchung für die meisten Gegenstände intact, für seltener gebräuchliche geschwunden.

Das Lesen bot manche sehr bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten, die eine detaillirte und mühevolle Prüfung nothwendig machten. Die hierauf bezüglichen Theile der Krankengeschichte will ich kurz zusammenfassen, um mit den Einzelheiten der Untersuchungs-Protokolle nicht zu ermüden. Zunächst fielen bei den Leseversuchen Elemente desjenigen seltenen Symptomencomplexes auf, den man mit dem wenig bezeichnenden Namen «Dyslexie» getauft hat. Die Analyse des zusammenhängenden Lesens erwies sich geradezu unmöglich. Der Kranke fing an die vorgezeigte Stelle der Zeitung richtig zu lesen, stockte jedoch nach den ersten 3—4 Worten, wiederholte dann eins der durchgelesenen Worte mehrere Mal, setzte darauf 1 oder 2 Worte dazwischen, die im Texte gar nicht vorhanden waren und in einem mehr oder weniger engen associativen Zusammenhange mit einem der durchgelesenen Worte standen, stockte dann wieder mehrere Secunden, ohne eine einzelne Silbe lesen zu können, wiederholte darauf mehrere Mal eins der ersten 3—4 richtig entzifferten oder unpassend hineingeschobenen Worte, um ganz unerwartet wieder 2—3 der nachfolgenden Worte des Textes ganz richtig durchzulesen. Nach dieser scheinbar ohne besonderes Zuthun des P. gelungenen Probe beginnt auf's Neue das Stocken mit den verschiedensten Wiederholungen, Verknüpfungen und Zusätzen. Je länger er ohne Pause liest, desto schlechter und falscher geht das Lesen vor sich, so dass etwa aus der zweiten Zeile nur hier und da nach 10 falsch durchgelesenen Worten 1 oder 2 richtig producirt werden.

Als interessantes Paradigma mag dienen der kurze, nur 9 Worte enthaltende polnische Satz: «Tak im wtedy zeszto bardzo spokojnie do stacji Lublin», den P. folgendermaassen gelesen hat: «Tak im wtedz ze-chciato... cheerelismy isc do nie chciat zeszto bardzo nie chciat im Lub zeszto nie chcielismy spoteczneyo bardzo spokojnie do stalowych obreczy .... Kolei im chcielismy nie stalowych .... stalowych stalowych stacji stat stat spokojny cz Towiek do kolei lubic dzieci rechciat spoteczny do lubie do stacji Lublin ....».

Analysirt man den grossen und zusammenhangslosen, scheinbar der Composition eines Dementen herstammenden Satz, so findet man doch manche Ordnung und Reihenfolge in demselben. Schon nach den ersten 8 im Beginn des Versuches richtig gelesenen Worten [1]) kommen 6 Fehlworte, die auf ein plötzliches Erlöschen der Lesefähigkeit hinweisen, gleich darauf beginnt jedoch ohne Ruhepause eine 2. Periode mit 2 richtig gelesenen und 8 Fehlworten. Nach einem kurzen Stocken kommt eine 3. Periode, in der die 3. einigermaassen richtig entzifferten Worten von 9 Fehlworten gefolgt werden. Die 4. Periode beginnt mit 1 richtig gelesenen zweisilbigen Worte des Textes, um von den 3 letzten richtig gelesenen Worten des Satzes durch 11 falsche getrennt zu werden.

Der P. machte während des Lesens durchaus den Eindruck eines fortwährend Lesenden, indem er mit dem Zeigefinger die gelesenen Zeilen entlang fuhr und ganz unpassende Worte mit tadelloser Artikulation vorbrachte. Ein ganz analoges Verhalten zeigte sich, als man dem Kranken statt eines zusammenhängenden, in einer Zeile niedergeschriebenen Satzes einzelne, an den verschiedenen Ecken eines Papierbogens hingeschriebene Worte nacheinander darbot. Das Wort (Kiel), das er vor einem Momente richtig las, liest er kurz darauf ganz falsch (Krajony, Karlsbad), oder bringt an dessen Stelle ein oder mehrere unverständliche Worte (Kard, likier. Koret) kaum ähnlichen Klanges. Macht er einen Fehler, so gelingt es ihm zuweilen bei stärkerem Anstrengen und mehrfachem Wiederholen das Wort richtig zu entziffern. Er merkt es jedoch selbst nicht, indem er im selben Momente auf's Neue ein ganz unpassendes Wort einschiebt. Längere Worte werden keineswegs schwerer erkannt als die einfacheren. Richtige Worte, unabhängig von der Zahl ihrer Silben tauchen periodisch auf, um sofort wieder dem Bewusstsein zu entweichen. Versuche, den Kranken durch Buchstabiren auf das richtige Lesen des Wortes zu bringen, misslingt ausnahmslos, da er auch die ersten Buchstaben nicht zu bezeichnen vermag: es tritt geradezu in klassischer Weise die Unmöglichkeit buchstabirend zu lesen hervor und man ist bei der Beobachtung des Lesenden ohne Weiteres geneigt, die Annahme zu machen, dass er aus dem Gesammtausdruck die Bedeutung des Wortes erräth. Das richtig erkannte Wort ist er ebenfalls nicht im Stande buchstabirend zu lesen, event. seine einzelnen Buchstaben zu nennen. Die Versuche mit Buchstaben- und Zahlenlesen fielen im Grossen und Ganzen in ähnlichem Sinne aus. An Stelle einer Reihe von Buchstaben werden vom P. ganze Wörter, Zahlwörter und kurze Sätze producirt. Fehlantworten waren im Allgemeinen bei Zahlen relativ selten, bei Buchstaben ungeheuer häufig. Von 12, dem Kranken vorgezeigten Buchstaben konnte er eines Tages nur einen einzigen richtig benennen. Diese Thatsache frappirte so sehr, dass man beim P. nach flüchtiger Untersuchung geradezu von einer literalen Alexie zu sprechen geneigt wäre, ganz im Gegensatz zu der rein verbalen Alexie der Mehrzahl der gewöhnlichen Alectiker.

Der periodische Wechsel der Leistungsfähigkeit und das bei intensiver Anstrengung immer seltener werdende und kürzer anhaltende Lesevermögen liessen sich bei lange anhaltender Versuchszeit auch an Zahlen und Buchstaben feststellen. Die ursprüngliche Höhe der Leistung konnte während der Versuchszeit nie mehr erreicht werden. Neben der Periodicität der Leistungsfähigkeit war constant das wechselnde Prävaliren und Wiederholen bestimmter Worte und das als Paraphrasiren (Sommer) bekannte Einwickeln der vorgeschriebenen Worte in eine Hülle unpassender Beigaben, die im associativen Zusammenhang mit diesen Lautgebilden standen, vorhanden.

Weder von subjectivem Ermüdungsgefühl noch von allgemeiner Benommenheit war während der ganzen Untersuchung beim Patienten eine Spur zu finden. Der Kranke unterhielt sich dabei ziemlich correct, bezeichnete ihm vorgezeigte, den Leseworten entsprechende Gegenstände meistentheils ganz gut und war selbst erstaunt über die «ekelhafte» Lesestörung. Das Schreiben ist leider zu jener Zeit nicht untersucht worden.

Von Ende September bis Anfang November war ich verreist und kann nichts weiteres über das während dieser Zeit vorgegangene berichten. Nach den Angaben der Angehörigen soll sich während des Octobers sehr wenig im Zustande des P. geändert haben. Ganz anders lautete jedoch die im Anfange November vorgenommene Untersuchung.

Kopfschmerzen mit jedem Tage intensiver, besonders stark in den Abendstunden, wo sie gelegentlich profuses Erbrechen verursachen. Neuralgiforme Schmerzen im Bereiche des ersten Astes des linken Trige-

[1]) Zur leichteren Orientirung habe ich absichtlich die richtig gelesenen Worte des Textes unterstrichen. Die Punkte (....) bedeuten eine Pause oder Stocken im Lesen.

minus. Oedem am linken Augenlide und der Schläfe. Ueberfüllung der Venen um die Orbita. Der linke Bulbus prominierend. Die Venen der linken Netzhaut deutlich erweitert. Dieser, für Thrombose des sinus cavernosus characteristische Symptomencomplex wird mit jedem Tage ausgesprochener. Die rechtsseitige Hemianopsie besteht unverändert fort. Totale, verbale und litterale Alexie: Patient erkennt keinen einzigen Buchstaben oder Wortlaut des geschriebenen und gedruckten Textes. Von den dyslectischen Störungen sind Spuren nur beim Zahlenlesen zu finden. Vereinzelte Ziffern erkennt und nennt er, wobei das Paraphrasiren und das psychische Nachwirken ab und zu hervortritt. In kurzer Zeit ging jedoch auch das Zahlenlesen total verloren. Das Schreiben ist leidlich gut erhalten. P. kann die meisten Buchstaben. Worte, die Jahreszahl etc. spontan und auf Dictat richtig schreiben. Die technische Ausführung der Schrift ist allerdings recht mangelhaft. Fehler kommen jedoch nur ausnahmsweise vor. Ab und zu wird ein Buchstabe ausgelassen oder verwechselt. Die Correction solch' eines Fehlers ist absolut unmöglich, da der Kranke das Geschriebene nicht zu lesen vermag. Copiren ist der P. nicht im Stande. Durch automatisches Nachzeichnen bringt er das Copiren Buchstabenweise fertig. Mittelst desselben Handgriffes liest er das von ihm persönlich Geschriebene. Passiv mit der rechten Hand des P. gemachte Schriftzeichen werden prompt erkannt. Gedrucktes wird in Nachahmung der Druckschrift nachgezeichnet.

Das Sprachverständniss ist voll erhalten, die spontane Sprache ist correct. Zeichen der optischen Aphasie sind kaum zu finden. Die sprachliche Behinderung macht sich nur hier und da bei der Benennung von aussergewöhnlichen Gegenständen geltend. Die Seelenblindheit sensu strictiori ist ebenfalls zurückgegangen. P. erkennt alle ihm vorgezeigten Gegenstände. Er findet sich in den einfachen häuslichen Verhältnissen zurecht, findet stets richtig sein Zimmer und Bett, kleidet sich selbst an, kennt die Anwendungsweise der häuslichen Geräthe, nimmt das Essen in der richtigen Weise u. s. w. Farben erkannte er, ohne sie benennen zu können. was beim Anlegen gleichgefärbter Wollbündel zu einem vorgelegten resp. durch Suggestivfragen zu erweisen ist. Das optische Erinnerungsvermögen für die verschiedensten Geräthe des häuslichen Gebrauches ist recht leidlich erhalten: auf die Fragen, wie sehe ein Bleistift, ein Piano, eine Gabel aus, welchen Geruch Terpentinöl, ein Veilchen habe, antwortete er ganz richtig. Schwerer geht es ihm mit dem optischen Erinnerungsvermögen an Personen. ganz verloren ist das Ortsgedächtniss. Patient ist nicht im Stande anzugeben, welche Amtslocale und öffentliche Institutionen sich an den populärsten Plätzen der Stadt finden: am Alexander-, Schloss-, Theater- und Bankplatze. Es gelingt ihm auch nicht, die Topographie der gewünschten Gegend ins Gedächtniss zurückzurufen, wenn man ihm einen Theil vorspricht, suggestionirt. Das Orientirungsvermögen in der Stadt ist deshalb stark beeinträchtigt. P. ist ausser Stand, sich den sonst ihm sehr geläufigen Weg vorzustellen, der von seiner in meine Wohnung führt. Gebäude, Strassen, Plätze, die er in keiner Weise sich vorzustellen vermag, erkennt er ziemlich rasch und benennt sie ohne weiteres richtig. Das acustische, osmische, gustatorische Gedächtniss scheint nicht gelitten zu haben. Das Gedächtniss im allgemeinen hat sich sogar im Laufe der Krankheit enorm gebessert.

Aus dem weiteren Verlaufe der Krankheit sei nun erwähnt, dass eine energische Jodcur — gegen Quecksilber sträubte sich Patient — die meisten schweren Allgemeinsymptome zum Schwinden brachte. Nach zweiwöchentlichem Gebrauche von Jod in der Dose von 5 gr. täglich schwanden die starken Kopfschmerzen, das Erbrechen und die Zeichen des localen Druckes auf den Hirnsinus gänzlich. Auch besserten sich in bedeutendem Maasse die Harnbeschwerden und die unbehaglichen Parästhesien an den Beinen. Die objective Untersuchung liess dennoch in mancher Hinsicht ein Fortschreiten des Krankheitsprocesses constatiren: die Sehschärfe wurde immer mangelhafter, die Kniescheibenreflexe waren beiderseits geschwunden, Potenz erloschen, Analgesie an den unteren Extremitäten deutlicher. Die Alexie und Agraphie blieben unverändert bestehen.

Ueberblicken wir vorstehende Krankengeschichte, so handelt es sich um einen 56jährigen Herrn, bei dem sich etwa 1 Jahr nach der Acquirirung einer Syphilis schwere Erscheinungen einstellen, die zunächst für eine Affection des Rückenmarkes sprechen und einer Quecksilber-Schwefelcur beinahe gänzlich weichen. Nach 1½jähriger Pause tritt das erste Hirnsymptom auf, dass sich klinisch als acut entstandene Hemiplegie mit Doppeltsehen kundgiebt. Mehrere Monate darauf stellt sich beim Patienten wiederum acute Abnahme der Sehschärfe und doppeltseitige Augenmuskellähmung ein. Jedoch auch diese Symptome gehen binnen wenigen Wochen theilweise zurück, bis sich wiederum nach einem Jahre schwere cerebrospinale Erscheinungen, theils acut theils chronisch ausbilden, die sich bei der ärztlichen Untersuchung als rechtsseitige Hemianopsie partielle Seelenblindheit, optische Aphasie and Dyslexie kundgeben. Im Laufe der Beobachtung gehen manche der psychischen Sehanomalieen zurück, andere bleiben unverändert, resp. verschlechtern sich, wobei schwere allgemeine und locale Hirndrucksymptome hinzutreten (Kopfschmerzen, Erbrechen, Symptome der Thrombose des l. sinus cavernosus). Eine energische Jodcur bringt die drohenden Erscheinungen zum Schwinden, hinterlässt jedoch unfehlbare Zeichen eines schweren chronischen cerebrospinalen Leidens.

Welcher Natur ist das Letztere und wo ist die Localisation der Krankheitsheerde zu suchen? Dass es sich im besprochenen Falle um Syphilis des Nervensystems handelt, darf, angesichts des symptomenreichen und äusserst wechselvollen Bildes, kaum einem Zweifel unterliegen. Auffallend ist nur das ungeheuer rasche Auftreten der ersten Rückenmarkssymptome — 13 Monate nach der Acquisition der Lues. Vereinzelt steht jedoch diese Beobachtung nicht. Von analogen Fällen berichten mehrere amerikanische Syphilodologen. Ueber einen Fall, wo die ersten Symptome der syphilitischen Meningitis 8 Monate post infectionem auftraten, berichtete unlängst Jolly[23]). Bei einem Patienten Brasch's[24]) traten die ersten klinischen Erscheinungen der später autoptisch festgestellten Hirnsyphilis schon in der Secundärperiode ein (3 Monate nach der Infection); im Falle Nonne's waren im 3. Monate nach dem Coitus deutliche Zeichen einer Rückenmarks-Lues vorhanden. Möglicherweise haben bei unserem Patienten das vorgeschrittene Alter und seine Excesse in Baccho als begünstigende Momente eine Rolle mitgespielt.

Analysirt man die in der Anamnese und im Status praesens erhobenen Symptome, so hat man einerseits ein Rückenmarksleiden vor sich, das sich anfangs ziemlich unbestimmt in Form von Parästhesien, Schmerzen im Rücken und Schwäche der Beine als Meningomyelitis äusserte, später jedoch als Tabes sich entpuppte, wofür das allmähliche Schwächerwerden der Kniescheibenreflexe, die abnehmende Sehschärfe, die reflectorische Pupillenstarre und Analgesie der Beine mit genügender Sicherheit sprechen. Alle Rückenmarksymptome scheinen sich langsam progressiv entwickelt zu haben, möglicherweise infolge einer durch specifische spinale Meningitis hervorgerufene Hinterstrangdegeneration. Schwerer ist es mit der Diagnose der centralen Symptome. Hier haben sich manche ganz acut andere ziemlich schleichend ausgebildet. Worauf die in der Anamnese erwähnte, acut entstandene doppelseitige Ptose und Augenmuskellähmung zurückzuführen sind, lässt sich à posteriori kaum mit Bestimmtheit entscheiden. Dieser Symptomencomplex wird sowohl bei diffusen syphilitischen Hirngefässläsionen als bei der acuten Wernicke'schen «Polioencephalitis superior» der Alcoholiker beobachtet. Bei unserem P. sind beide aetiologische Momente vorhanden.

Was in der Anamnese die acut entstandene Hemiplegie mit Doppelsehen zu bedeuten hat, ist ebenfalls schwer zu sagen. Constatirt wurde bei der Untersuchung neben der linksseitigen Hemiplegie eine rechtsseitige Oculomotoriusparese, kurzum das sog. Weber'sche Syndrom, das in der Regel bei Affectionen des Hirnschenkels zu entstehen pflegt und unter der Bezeichnung «Hemiplegia alternans superior» bekannt ist. Ob es sich in unserem Falle um einen Hirnschenkelheerd (Gumma) oder um eine basale Meningitis handelt, wird sich wohl nicht leicht entscheiden lassen. Möglicherweise bestehen beide Processe neben einander — ein ziemlich häufiger Befund bei der Hirnlues. Für basale, gummöse Meningitis müssten ebenfalls sprechen die sich rasch entwickelnden Symptome der Thrombose des linken Sinus cavernosus (Stauung in den frontalen, orbitalen und retinalen Venen links, Neuralgie des linken ersten Trigeminusactes), die gelegentlich durch eine Basilarmeningitis bedingt wird.

Als weiteres basales Symptom, und zwar als Bestandtheil der alternirenden Hemiplegie, könnte die homonyme Hemianopsie aufgefasst werden. Berücksichtigt man jedoch die anatomischen Verhältnisse an der Basis, so zeigt sich aus der Lage des Tractus opticus, dass die Hemianopsie falls sie von derselben Ursache, wie die alternirende Hemiplegie bedingt sein soll, an der Extremitätenlähmung entsprechenden Seite liegen müsse. Eine Hemianopsie würde somit an der linken Seite zu erwarten sein. Hier war sie dagegen rechtsseitig und muss daher ein anderes anatomisches Substrat für dieselbe gesucht werden. Wir finden ein solches, wenn wir die rechtsseitige Hemianopsie mit den sonstigen optischen Störungen des P. in Beziehung setzen: mit der Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit. Von den letzteren Symptomen ist im Laufe der Krankheit eine totale Alexie mit erhaltener Schreibfähigkeit und Spuren der Seelenblindheit, kurzum das Bild der «subcorticalen Alexie» geblieben. Wir werden somit nicht fehl gehen, wenn wir das sonst unverständliche Symptom — die homonyme Hemianopsie — dem Wernicke'schen Symptomencomplexe hinzufügen, der sich

bekanntlich regelmässig mit rechtsseitiger hemianopischer Gesichtsfeldstörung zu combiniren pflegt.

Als Sitz des die Alexie nebst Hemianopsie hervorrufenden Heerdes kann man, in Analogie mit den wenigen zur Section gekommenen Fällen, die Grenze zwischen dem linken Hinterhaupts- und unteren Scheittellappen vermuthen. Die optische Aphasie, die Seelenblindheit, die allgemeine Gesichtsfeldeinengung machen es wahrscheinlich, dass auch die rechte Hemisphäre in ihrem optischen Bezirke nicht ganz verschont geblieben ist. Ob es sich hier um gummöse Neubildungen, die mit Vorliebe multipel aufzutreten pflegen, oder um eine Thrombose der das genannte Rindenterritorium versorgenden Art. prof. poster. cerebri handelt, wollen wir nicht zu entscheiden suchen. Es fehlen uns jegliche Anhaltspunkte in der Anamnese und klinische Daten aus den ersten Phasen der psychischen optischen Anomalien. Uebrigens findet man bei den vorgeschrittenen Stadien der Hirnsyphilis in der Regel Gummata, Gefässveränderungen und Hirnhautentzündung neben einander bestehen. Desto vorsichtiger muss man mit der Localisationsdiagnose bei syphilitischen Potatoren sein, wo der Alkoholismus an und für sich schwere Pachymengitis an der Convexität des Hirnes hervorzurufen vermag.

Vergleicht man das Verhalten der Alexie und der sie begleitenden klinischen Symptome in unseren beiden Fällen, so fallen sofort mehrere, nicht uninteressante Differenzpunkte auf. Im ersten Falle entwickelt sich bei einem jungen, sonst kerngesunden Manne ohne irgend welche Antecedentien das Krankheitsbild der subcorticalen Alexie langsam und progressiv, im zweiten Falle entsteht es bei einem älteren, jahrelang dem Alcoholismus ergebenen Herrn geradezu acut, indem es in der Vergangenheit des Patienten mehrere analoge Attaquen der Hirnsphäre aufzuweisen hat. Auch der Entwickelungsgang und Verlauf der genannten Lesestörung sind in beiden Fällen nicht identisch. Zwar bestehen hier wie dort neben der Alexie Schreibstörungen und rechtsseitige homonyme Hemianopsie, jedoch entstanden dieselben in ganz verschiedener Reihenfolge und sind auch in ganz differenter Weise ausgesprochen. Im ersten Falle trat zunächst die Hemianopsie auf und zog etwa um 3—4 Tage später die alectisch-agraphischen Störungen nach sich, im zweiten Falle wissen wir nichts Bestimmtes über die Chronologie der mannigfaltigen einschlägigen Anomalien: bei der ersten ärztlichen Untersuchung fanden wir die Lesestörung neben der Hemianopsie bestehen, wobei letztere durch optische Aphasie und Seelenblindheit complicirt war. Die Lese- und Schreibstörungen unterscheiden sich von einander ebenfalls in sehr bedeutendem Maasse: dort beginnt die Leseanomalie mit dem Unvermögen die richtig erkannten Schriftzeichen zu bezeichnen, geht daher in verbale und zuletzt in totale Alexie über; hier sehen wir im Beginne eine eigenthümliche functionelle Lesestörung—Dyslexie—die allmählich trotz des Zurückgehens der optischen Aphasie und der Seelenblindheit mit completer, verbaler und litteraler Alexie abschliesst. Bei dem ersten P. geht das Sehvermögen parallel dem Lesevermögen verloren, bei dem zweiten bleibt es — analog dem Bilde der reinen subcorticalen Alexie — beinahe ganz intact mit Ausnahme des Copirens. Im ersten Falle haben wir mehrere Anhaltspunkte für die Annahme einer syphilitischen Neubildung und Localisirung derselben im Bereiche des l. Gyrus angularis, in der zweiten Beobachtung, wo neben der Lues Alcoholismus unzweifelhaft besteht, ist die Natur der Läsion (vasculäre, meningitische, tumorartige) ebenso wenig mit Bestimmtheit zu eruiren wie ihre Localisation.

Wir wollen nunmehr im Einzelnen auf die wichtigsten Symptome der subcorticalen Alexie, die wir bei unseren Patienten beobachtet haben (Hemianopsie, Alexie, Agraphie) eingehen und dieselben, mit den in der Literatur bei ähnlichen Fällen beobachteten Erscheinungen vergleichend, einer genaueren Analyse in Bezug auf ihre Pathogenese unterwerfen.

Zunächst was die Hemianopsie anbelangt, so wird sie, wie in den einleitenden Bemerkungen erwähnt wurde, constant bei der subcorticalen Alexie gefunden und ist in der Regel rechtsseitig. In Bernheim's[25]) und in Benett's[26]) Fall war die Hemianopsie linksseitig, es betraf jedoch die Alexie in beiden Fällen Linkshänder. In den älteren Beobachtungen sind über das Vorhandensein von hemianopischen Störungen keine Angaben vorhanden. Unter den neueren Beobachtungen würde ich die zwar nicht ganz reinen Fälle von subcorticaler Alexie Sérieux's[27]), Weissenberg's und Lannois'[28]) citiren, wo die Abwesenheit der Hemianopsie betont wird.

Welches ist das anatomisch-physiologische Substrat der Hemianopsie? Da beinahe in allen Fällen von sog. subcorticaler Alexie, die zur Obduction kamen, Läsionen an der Rinde des Occipitallappens resp. unmittelbar unterhalb derselben gefunden worden sind, so muss auch die Hemianopsie corticalen oder subcorticalen — jedenfalls nicht basalen — Ursprungs sein. Nach der älteren Reinhard'schen Theorie spielt die äussere Fläche des Occipitallappens die Hauptrolle bei der Perception der Gesichtseindrücke. Henschen will dagegen, auf ein sehr grosses pathologisch-anatomisches Material gestützt, das Sehcentrum ausschliesslich in der Fissura calcarina der medianen Fläche localisiren. Monakow verlegt das optische Centrum auf die Innen- und Aussenseite des Occipitallappens bis zur Angularwindung. Déjérine und Vialet geben zwar an, dass der Fissura calcarina infolge der mächtig ausgebildeten Associationsbahnen und besonders reichlichen Gefässversorgung eine hervorragende Rolle im Sehacte zukommt, dass dennoch auch Läsionen des Cuneus, des Lobus lingualis und fusiformis, der Spitze des Occipitallappens — jede für sich — Hemianopsie erzeugen können. Diese Frage über die Localisation des Sehcentrums ist für uns von principieller Wichtigkeit und steht mit der unten näher zu erörternden Frage über das Vorhandensein eines occipitalen Centrums für optische Erinnerungsbilder in sehr innigem Zusammenhange.

In welchem pathogenetischen Zusammenhange steht die Alexie mit der sie beinahe constant begleitenden rechtsseitigen Hemianopsie? Knies glaubt, dass die Hemianopsie an sich und besonders auch die nach Hinterhauptlappenerkrankung eintretenden associirten Bewegungsstörungen nach der gekreuzten Seite die Alexie bedingen. Dagegen sprechen jedoch mehrere Thatsachen, auf die schon theilweise Monakow, Bruns und Redlich hingewiesen haben.

1) Werden im linken Hinterhauptlappen bei Autopsieen multiple Heerde gefunden die intra vitam nur Hemianopsie und keine Alexie bedingt haben. Von einem solchen, autoptisch untersuchten Falle berichtet thatsächlich Bruns, wo infolge multipler Erweichung im linken Occipitallappen zuerst rechtsseitige Hemianopsie mit Alexie bestand, dann aber zu verschiedenen Malen mit Zurückgehen der Erweichung des Heerdes die Alexie verschwand, während die Hemianopsie bestehen blieb. Dass sich beide nicht gesetzmässig zu bedingen brauchen, beweist auch in sehr prägnanter Weise unsere erste Beobachtung, wo zur Hemianopsie die Alexie erst am 4. Tage sich hinzugesellt hatte.

2) Beweisen die Unabhängigkeit der genannten Erscheinungen von einander die drei oben genannten Fälle, wo typische Alexie ohne Hemianopsie bestanden hatte (besonders die Fälle Lannois und Sérieux).

3) Müsste eine Läsion des l. Tractus opticus ebenfalls rechtsseitige Hemianopsie mit Alexie bedingen, was niemals beobachtet wurde.

4) Dass die Hemianopsie für die Erschwerung des Lesens mit in Betracht kommt, darf wohl kaum bezweifelt werden, zur Erklärung der Alexie genügt sie je-

doch nicht. «Entscheidend für die Knies'sche Ansicht meint Bruns[20]), werde es sein, wenn ein im Lesen hebräischer Schrift, die ja von rechts nach links gelesen wird, geübter Patient bei rechtsseitiger Hemianopsie diese Schrift noch glatt lesen würde, nicht aber lateinische oder griechische von links nach rechts laufende Schrift. Doch wird man auf den Zufall eines solchen klinischen Experimentes wohl etwas warten können». Ich bin nun in der Lage über 2 solche Patienten zu berichten.

In unserer ersten Beobachtung handelt es sich doch um einen Herrn, der die hebräische Sprache ziemlich gut, ja viel besser als die polnische beherrschte. Alexie bestand jedoch für beide Sprachen. Sie war zwar stärker ausgesprochen für die polnischen Schriftzeichen, hier kommt jedoch eher die weniger feste Einwurzelung der Sprach- und Schriftassociationen als die Hemianopsie in Betracht. Bei Aphatikern sehen wir doch nicht selten, dass fremde, später erlernte Sprachen gänzlich vergessen werden, wo in der Muttersprache noch einigermaassen gesprochen werden kann.

Noch überzeugender ist ein anderer Fall, den ich gemeinsam mit Coll. Winawer untersuchte, wo ein ziemlich intelligenter 70-jähriger Sachwalter aus Pinsk etwa $1^1/_2$ Jahre nach der Acquisition einer Lues u. A. eine rechtsseitige homonyme Hemianopsie ohne Alexie bekam. Der sich gut beobachtende Patient, dem sowohl die russische als hebräische Sprache sehr geläufig waren, machte selbst darauf aufmerksam, dass ihm das Lesen russischer Bücher viel schwerer kommt als das hebräischer. Das Lesen ging langsamer und mühsamer vor sich, von einer wirklichen verbalen oder litteralen Alexie war jedoch keine Rede.

Wo neben der Hemianopsie starke Gedächtnisschwäche besteht, dort kann in der That eine an die Alexie erinnernde Lesestörung entstehen, indem die durchgelesenen Buchstaben immer von neuem syllabisirt werden müssen, bevor das Wort vom wenig geübten Leser als ganzes erfasst wird.

Wie ist die Alexie in unseren beiden Fällen zu erklären, falls sie nicht von der concomittirenden Hemianopsie abzuleiten ist? Bei der Analyse der die Alexie begleitenden Symptome finden wir in den Krankengeschichten manche Erscheinungen erwähnt, die, in sehr innigem Zusammenhange mit der Lesestörung stehend, manches Licht auf den Mechanismus derselben zu werfen geeignet sind und deshalb einer eingehenden Besprechung bedürfen. Zunächst ist es der eigenthümliche Character der Sprechweise beim ersten P. Die Wortbildung war eine ganz normale, das Sprachverständniss stets intact, die Artikulation richtig, dass Nachsprechen selbst schwieriger Worte konnte anstandslos vor sich gehen. Und doch hat seine Sprechweise besonders im späteren Stadium der Krankheit manche characteristische Eigenthümlichkeiten. Es machte sich ein deutlicher Mangel, sowohl beim spontanen Sprechen als in den Antworten des P. an manchen Worten, insbesondere an Hauptworten geltend. Das ihm vorgesagte Wort vergass er ziemlich rasch — und zwar trat die Vergesslichkeit, dieses, auch beim 2-ten Pat. deutlich vorhandene unleugbare Zeichen der verminderten cerebralen Leistungsfähigkeit, besonders deutlich bei Ermüdung hervor. Ganz unabhängig vom subjectiven Ermüdungsgefühl war dagegen ein zweites, mit dem zu kurzen Haften eines Eindruckes in scheinbarem Gegensatz stehendes Symptom, das sich in dem Festhalten an einmal gebrauchten Worten äusserte: der Kranke kam von einem einmal erfassten Begriff oder Ausdruck schwer wieder los und pflegte gern die einmal gebrauchte Bezeichnung, auf die nachfolgenden Gegenstände zu übertragen.

Dieselben zwei Eigenthümlichkeiten finden wir beim zweiten Kranken, zwar in etwas modificirter Form, nicht beim Sprechen sondern beim Lesen, sehr stark ausgesprochen: der P. konnte das eben spontan durchgelesene Wort nach einem Moment nicht wieder entziffern, auch wenn es ihm vorgesprochen wurde und bezeichnete gern ein Wort, das er nicht lesen konnte, mit einem kurz vorher gebrauchten Ausdrucke.

Das erste Symptom dürfte als ein einfaches Ermüdungsphänomen betrachtet werden, das auch in normalen Vorkommnissen zahlreiche Analogien aufzuweisen hat: die associative Thätigkeit wird geschwächt und zwar äussert sich die Herabsetzung der Thätigkeit in den am wenigsten und seltensten gebrauchten Hirnbahnen. Daher erklärt sich eben, dass der P. am schlechtesten Vornamen, Bezeichnungen concreter Objecte im Gedächtniss behielt, dass am meisten die ihm weniger geläufige polnische Sprache beim Sprechen und Lesen gelitten hat, dass die Fähigkeit, Buchstaben zu erkennen und zu bezeichnen, früher und gründlicher verloren ging als die von Zahlen und Ziffern, dass das Lesen des Anfanges eines Kapitels ab und zu möglich war, wo das Lesen «aus der Mitte» des Textes stets misslang, dass das Lesen der Buchstaben des kleinen Alphabets weniger als das des grossen, das Erkennen gedruckter weniger als das geschriebener Wortzeichen gelitten hat, dass der P. beim Schreiben seines eigenen Namens wenigstens die ersten zwei Buchstaben fertig brachte, trotzdem er sonst Nichts zu schreiben vermochte.

Im Allgemeinen leiden sowohl bei den aphatischen, als den alectischen Hirnläsionen am intensivsten diejenigen Associationen, die sehr complicirt, selten gebraucht und in den späteren Jahren erworben worden sind. Was in einer bestimmten Reihenfolge associirt wird (Ziffern, Wochentage, Gedichte), wird aus demselben Grunde weniger geschädigt.

Die 2-te Erscheinung, der wir oben Erwähnung thaten, — das fortwährende Wiederholen desselben Wortes oder Satzes, — lässt sich in derselben Weise erklären, indem bei dem erschwerten Associationsmechanismus jene Associationsbahnen, die einmal eröffnet sind, eine solche Bedeutung erlangen, dass Erregungen leicht wieder in sie abgeleitet werden. Wir kommen unten, bei der Besprechung der Dyslexie, auf die Analyse dieser äusserst interessanten, von verschiedenen Autoren (Hughlings Jackson, Bastian, Neisser, Pick[29]), verschieden bezeichneten functionellen Anomalie (recurring utterance, functionelle Rückbildung, Perseveration, Re- und Disinvolution) nochmals zurück.

Unser 2. Patient zeigte sehr deutlich ein anderes mit der Alexie innig zusammenhängendes Symptom, das von Freund als optische Aphasie bezeichnet und in der Mehrzahl der Fälle von subcorticaler Alexie notirt wird (Adler, Berkhan, Moël, Bruns, Stöltling, Redlich). Der Patient war nicht im Stande, viele Gegenstände des häuslichen Gebrauches, die ihm sehr gut bekannt waren und die er richtig erkannte, sprachlich zu bezeichnen, wenn sie ihm einfach vorgehalten wurden. Eine Zahnbürste, die er nicht bezeichnen konnte, nannte er richtig, nachdem er sie in die Hand nahm. Einen Schlüsselbund erkannte er sofort, umschrieb seine Anwendungsweise, bezeichnete ihn jedoch nur beim Klirren. Bedenkt man, dass die Erkennung des Gegenstandes, die begriffliche Auffassung desselben intact blieb, dagegen ausschliesslich die unter normalen Verhältnissen leicht stattfindende Erregung oder Auslösung des Wortbegriffes von dem Objectbilde aus gelitten hat, so müssen wir eine blosse Leitungsunterbrechung vermuthen und zwar zwischen dem optischen Centrum und dem Sprachcentrum. Da bei Zu-

hilfenahme anderer Gefühlscomponenten des betreffenden Begriffes — acustischer, tactiler — der Namen leicht gefunden werden konnte, so müssen die Bahnen von den meisten übrigen Sinnescentren zum Sprachcentrum durchgängig sein. Sind die Bahnen zwischen den einzelnen Sinnescentren intact, dagegen ihre Bahnen zum Wortcentrum alle zusammen etwa in der Nähe des letzteren verlegt, so kann das Object zwar erkannt werden, der Name des Objectes — diese wichtigste Componente des Objectbegriffes — jedoch nicht ausgelöst werden. Auf eine gewisse Leitungshemmung in den genannten Bahnen weist bei unserem P. thatsächlich der Umstand hin, dass ab und zu der optisch richtig angeregte Begriff auch nicht auf dem Umwege über etwaige tactile (Pinsel) Componenten die Wortbezeichnung auszulösen im Stande war (agnostische Aphasie nach Freud[30]). Störungen des Muskelsinnes und des stereognostischen Sinnes der rechten Hand, die das Zustandekommen der tactilen Aphasie gelegentlich erleichtern sollen, bestanden hier nicht. Bei unserem ersten P. war von der schlechterdings genannten optischen Aphasie nichts zu finden und in dieser Hinsicht stimmt er mit den Beobachtungen von Monakow, Uthoff und besonders Déjérine überein. Ebenfalls fehlten Anzeichen einer Seelenblindheit, der wir beim 2. P. in so ausgesprochener Weise begegnen, dass sie anfänglich die Angehörigen veranlasste, an eine acute Psychose zu denken. Der Kranke, der bei vollem Bewusstsein war und für längst vergangene Ereignisse das normale Gedächtniss behielt, fühlte sich vollständig desorientirt, indem er keine einzige Strasse, kein einziges Gebäude in der Stadt, kaum eine Person oder Gegenstand bei sich zu Hause zu erkennen im Stande war. Die psychische Blindheit ging allmählich zurück, bloss eine intensive Störung des topographischen Gedächtnisses hinterlassend.

(Schluss folgt).

Referate.

Dr. Kothe. Beiträge z. Behandlung d. Neurasthenie. Med. chir. Centrbl.-Bl. f. klin. Hydrotherapie. Sept. 1895.

Von grosser Bedeutung ist zunächst die Diät, die oft allein im Stande ist, einen grossen Theil der Beschwerden zum Stillstand zu bringen. Die Extreme sind hier die strenge vegetarische Diät und die Mastkur. Für eines der besten Nahrungsmittel hält Verf. die Milch, Eier und Butterbrod. Ganz besonders ist vor den sog. Genussmitteln, besonders Alkohol und Tabak zu warnen.

Sehr günstig wirkt Luftwechsel.

Eine ganz besonders wesentliche Stellung in der Behandlung der Neurasthenie nimmt die Hydrotherapie ein und räth Verf. (meiner Ansicht nach durchaus mit Recht. Ref.) zu den milderen Verfahrungsweisen. Die überhaupt in Frage kommenden Proceduren sind die feuchten Abreibungen und Einpackungen des ganzen Körpers oder der einzelnen Theile, das Sitzbad, das Fussbad und vor Allem die kurzdauernden nicht zu kalten Halbbäder. Der Gebrauch der Duschen ist nach Ansicht des Verf. zurückgegangen. (Seligmann räth bei neurasthenischen Herzaffectionen direct von Duschen ab, doch können Wechselduschen von nicht zu grossen Temperaturdifferenzen besonders bei neurasthenischen Verdauungsbeschwerden bisweilen von Nutzen sein; im Uebrigen stimmt Verf. Wahl der hydrotherapeutischen Mittel vorzüglich mit meinen Erfahrungen überein. Ref.).

Massage kann nützlich sein; für viel werthvoller hält aber Verf. die Gymnastik in jeder Form: schwedische Heilgymnastik, Turnen, Fechten, Reiten, Schwimmen. methodisches Bergsteigen. (Im Winter sind hier Schlittschuh- und in noch höherem Grade Schneeschuhlaufen ausgezeichnete Mittel zur Bekämpfung der Neurasthenie. Das Schneeschuhlaufen ist auch deshalb von Werth, weil es von Jedem in einigen Stunden erlernt werden kann. Ref.)

Buch (Willmanstrand).

Dr. J. B. Cathomas. Ueber den Werth der Hydrotherapie bei Lungentuberculose. Bl. f. Klin. Hydrotherapie. 1896 Jan.

Verf. hat mit der von Winternitz eingeführten Therapie der Lungenschwindsucht schöne Resultate gehabt, die er durch einige Krankengeschichten illustrirt. Dieser Behandlungsmethode besteht hauptsächlich in Kreuzbinden, d. h. erwärmenden Umschlägen, die nicht nur um die Brust herumgehen, sondern auch über Schulter und Hals und die Lungenspitzen bedecken und für die Nacht angelegt werden; des Morgens eine kalte Abreibung aus der Bettwärme, eventuell eine zweite Abreibung Abends. Regelmässige Lungengymnastik, welche sowohl durch methodisches Bergsteigen als auch durch schwedische Heilgymnastik und durch methodische Tiefathmung erzielt werden kann. Unter dieser Behandlung verschwindet nicht nur das Fieber ziemlich rasch, sondern der Appetit bessert sich stets, und damit wird die Möglichkeit einer kräftigen Ernährung gegeben. Ausserdem kommt die von Winternitz entdeckte Vermehrung der weissen Blutkörper nach hydrotherapeutischen Eingriffen und damit erhöhte Phagocytose in Betracht. Ref. muss in der That nach eigenen Erfahrungen die Lungentuberculose für eines der dankbarsten Objecte für Hydrotherapie ansehen; ich habe namentlich in floriden Fällen junger Leute mehrere unerwartete Heilungen zu verzeichnen, doch ist die Hydrotherapie in allen Stadien von Nutzen.

Buch (Willmanstrand).

A. Cappelen. Vulnus cordis, Herznaht. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1896, März.

Eine nicht perforirende Stichwunde des Herzens wurde vernäht. Der Fall endete letal nach 2½ Tagen theils in Folge der starken Blutung aus einem grösseren Zweige der Coronararterie, theils durch Pericarditis. Die Herzblutung wurde durch die Anlage der Naht gestillt.

Buch (Willmanstrand).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Th. Becker: Einführung in die Psychiatrie mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. Leipzig 1896. Preis M. 1.60.

Leider ist es noch bis heutzutage der Fall, dass die Psychiatrie auf der Universität als Stiefkind betrachtet wird. Und einige Kenntnisse auch auf diesem Gebiete gehören doch ohne Frage in den Rahmen der Allgemeinbildung eines jeden practischen Arztes! Die Studenten müssen wohl ein paar Semester die psychiatrische Klinik besuchen; sie thun es jedoch ohne welche propaedeutische Vorstudien, da solche nicht docirt werden. Kein Wunder, wenn so mancher schwierige Krankheitsfall von ihnen nicht verstanden wird, sie der klinischen Deduction weder mit erforderlichem Verständniss noch Interesse folgen können. Diesem Uebelstande nach Möglichkeit wenigstens abzuhelfen, war die Absicht des Verfassers, die er durch's Erscheinen seines Büchleins «Einführung in die Psychiatrie» verwirklicht hat. Mit Freuden müssen wir dasselbe begrüssen. Der Anfänger wird daraus einen Ueberblick gewinnen können über die typischen Seelenstörungen; durch die überall berücksichtigte Differentialdiagnose wird es ihm möglich gemacht die einzelnen Psychosen von einander unterscheiden zu lernen. Und durch dieses Büchlein mit der Psychiatrie näher bekannt gemacht, wird der Besuch der Klinik ungeheuer an Interesse für den Studenten gewinnen. Aus allen diesen Gründen kann die Verbreitung des Buches unter den Studireuden nur dringend gewünscht werden. Der Stoff ist trotz der Knappheit, in welche er zusammengefasst, interessant und klar behandelt.

Das Buch besteht aus 3 Theilen: I. Einleitung II. Allgemeine Eintheilung der psychischen Störungen: nach den Störungen 1) des Gefühlslebens 2) des Vorstellungslebens und 3) des Trieblebens. Diesem Theil sind noch 2 Capitel beigefügt über die Behandlung und über die Untersuchung Geisteskranker.

III. Specieller Theil Verfasser hält sich an die Classificirung wie sie in der Berliner psychiatrischen Klinik gelehrt wird:

1) Einfache Seelenstörungen 2) Seelenstörungen mit Epilepsie, Hysterie und Hysteroepilepsie, 3) Paralytische Seelenstörung 4) Idiotie, Imbecillität und Cretinismus; 5) Delirium potatorum.

Zum Schlusse möchten wir nochmals betonen, dass dieses 101 Seiten langes Büchlein dazu geschaffen ist, die fehlende Propaedeutik der Geisteskrankheiten zu ersetzen.

Hecker.

М. Пл. Моклэръ. Остеомiелиты роста костей. Перев. съ французскаго сочиненія: «Osteomyelites de la croissance par M. Pl. Mauclaire» С. Трофимова. СПБ. К. Л. Риккеръ 1896. 1 Р. 20 К.

Das Mauclaire'sche Werk erfreut sich mit Recht grosser Verbreitung und ist es daher dem Verlag als Verdienst anzurechnen, dasselbe auch den russischen Collegen zugänglich gemacht zu haben. M. fasst alles bisher über Osteomyelitis, namentlich in der französischen Literatur veröffentlichte in seinem Buch zusammen und giebt uns ein anschauliches und präcises Bild dieser verbreiteten und der Therapie ein überaus günstiges Feld bietenden Knochenerkrankung. Nach einem historischen Rückblick, in dem besonders der Untersuchungen von Laundangue und Achard gedacht wird, widmet M. den weitaus grössten Theil seiner Arbeit der Staphylococcen-osteomyelitis (Staphyl. pyog. aureus), der häufigsten Form der Osteomyelitis, auf deren Pathogenese, Verlauf, Diagnose und Prognose er genau eingeht. Die Streptococcen-Osteomyelitis, die bei weitem seltener vorkommt, unterscheidet sich von ersterer dadurch, dass sie zu grossen, mit dünnflüssigem, serösen Eiter gefüllten Abscessen führt, der Knochen seltener sequestrirt und dass sie häufiger von Erkrankungen benachbarter oder entlegener Gelenke begleitet wird. Die gleichfalls seltene Osteomyelitis, die auf Infection mit dem Pneumococcus oder dem Ebert'schen Bacillus beruhen, werden ebenso wie die Osteomyelitis nach acuten exanthematischen Infectionskrankheiten genügend berücksichtigt. Was die Therapie anbetrifft, so empfiehlt M. die möglichst frühzeitige Trepanation und Ausspülung des erkrankten Knochens, dem nöthigenfalls ein ausgiebiges Evidement des Knochenmarkes folgen soll. Auf diese Weise sind schon oft scheinbar ausser Function gestellte Knochentheile noch erhalten worden.

Weyert.

Dr. Paul Werner †.

Am 4. Juni starb Dr. Paul Werner, Oberarzt des hiesigen Börsenhospitals, in Pikruki bei Wiborg. P. Werner war am 8. Juni 1842 in Moskau geboren und studirte mit mehrfachen Unterbrechungen von 1860—1871 in Dorpat, wo er eins der populärsten Mitglieder der Fraternitas Rigensis war, Medicin. 1871—1872 war er Ordinator an einem Moskauer Hospital; 1872—1875 Stadtarzt und 1875—1879 Ordinator am Gouvernements-Landschaftshospital in Ssamara; er machte den Türkenkrieg mit und war von 1879 bis 1889 Arzt am Hospital der Tuchmanufactur in Narva. Von dort wurde er auf den Posten des Oberarztes des im December 1889 eröffneten Börsenhospitals in St. Petersburg berufen, den er bis zu seinem Tode innegehabt hat. — Der Verstorbene war eine durch und durch originelle Natur, unbedingt offen, unabhängig und unparteiisch im Urtheil, heissblütig und rücksichtslos im Kampf für das Recht, in den ihn seine active, dem Indifferentismus abgeneigte Natur häufig genug hineintrieb. In der Polemik wie in seinen wissenschaftlichen Arbeiten zeichnete er sich durch originelle, und klare Gedanken aus.

Ein ehrliches, lauteres, heisses Herz hat aufgehört zu schlagen, ein bewegtes, arbeitsreiches Leben einen jähen Abschluss gefunden. Allen, die ihn gekannt haben, wird Paul Werner für immer im Gedächtniss bleiben. Ruhe und Frieden seiner Asche!

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Juni d. J. 7493 (23 mehr als in d. Vorw.), darunter 913 Typhus — (24 wen.), 673 Syphilis — (19 mehr), 162 Scharlach — (19 mehr), 83 Diphtherie — (17 mehr), 81 Masern — (9 wen.) und 76 Pockenkranke — (3 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. Juni bis 8. Juni 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
354	279	633	155	61	119	17	6	18	60	56	42	35	34	24	3	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 10, Masern 13, Scharlach 20, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 100, Todtgeborene 23.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, Фонтанка № 137, кв. 119.

Frau Hasenfuss, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.

Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 14 Іюня 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, (4. Juli) 22. Juni 1896

Alexia subcorticalis (Wernicke.)

Beitrag zur Kenntniss der Alexie, Agraphie, Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit.

Von

Dr. med. H. Higier (Warschau.)

Aus der Nervenabtheilung des Warschauer Israelitenhospitals und aus der Privatpraxis.

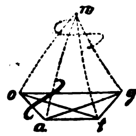
(Fortsetzung).

Wie lässt sich die Seelenblindheit erklären? Der Act des Wiedererkennens eines Gegenstandes setzt bekanntlich voraus, dass der neue Gesichtseindruck mit den noch nachklingenden Erregungen einer früheren Wahrnehmung, dem sog. Erinnerungsbild verglichen werden kann. Es sind somit bei diesem Acte: die bewusste Wahrnehmung des Netzhauteindruckes (Perception) und die Verbindung dieser Wahrnehmung mit anderen Vorstellungen zu unterscheiden. Wilbrand[31]) glaubte zur Erklärung der klinischen Varietäten der psychischen Blindheit (Wortblindheit, Seelenblindheit, Rindenblindheit) ein vom Wahrnehmungscentrum des Occipitallappens räumlich getrenntes corticales «Erinnerungsfeld» annehmen zu müssen, und zwar ein eigenes Erinnerungsfeld für Objectbilder, für Buchstaben-, Wort-, Zahlenbilder u. s. f. Diese, in mancher Hinsicht sehr bequeme Hypothese, hat mehrfache rein theoretische Bedenken gegen sich, dass sie zu einfach und zu grob ist, um den complicirten Vorgang des optischen Wiedererkennens ganz zu erklären. Auch hat die pathologische Anatomie bis jetzt keine genügenden Beweisgründe für das Bestehen eines solchen Erinnerungsfeldes gegeben. Das Erkennen eines Gegenstandes stellt einen bedeutend complicirteren, aus mannigfachen Erregungscomponenten verschiedener Rindenregionen sich zusammensetzenden Vorgang dar. Das Zustandekommen eines optischen Erinnerungsbildes ist nur denkbar durch ein inniges Zusammenwirken der rein optischen Eindrücke mit den Bewegungsempfindungen des Auges und ausserdem durch associative Verknüpfung beider Hinterhauptlappen, von denen jeder eine Hälfte des Netzhauteindruckes wahrnimmt. Der Seelenblinde begreift einen Gegenstand, den er sieht, deswegen nicht und kann ihn deswegen nicht benennen, weil zunächst die erste Verarbeitung des Sinneseindruckes zum rein optischen Erinnerungsbild ausgefallen ist. Dabei kann der Begriff des Gegenstandes vollkommen erhalten sein.

Es muss somit streng unterschieden werden zwischen dem einfachen sinnlichen Wiedererkennen, also der Identificirung eines neuen Netzhauteindruckes mit dem optischen Erinnerungsbild, und dem viel complicirteren begrifflichen Erfassen eines Gegenstandes, welcher Vorgang sich aus einer grossen Reihe von Associationen nach den verschiedensten Regionen der Hirnrinde zusammensetzt, aus tactilen, acustischen etc. Erinnerungsbildern und zu dem schliesslich vor Allem noch das Anklingen des bezeichnenden Wortbildes gehört. Das einfache sinnliche Wiedererkennen kann bei der Seelenblindheit erhalten bleiben, das complicirtere begriffliche Erfassen geht stets verloren, auch wenn der Begriff des Gegenstandes ganz intact bleibt. Es wird somit zuweilen der Seelenblinde sich sehr gut die Form, die Länge, die Schärfe eines Messers vorstellen können, sogar aus einer Reihe mehrerer Gegenstände ein dem vorgezeigten Messer, ähnliches Messer herausfinden und doch nicht ein Messer, als solches, erkennen resp. seine Anwendungsweise beim Ansehen desselben errathen können. Von je mehr Sinnesflächen aus eine Erinnerung zusammengesetzt wird, desto vollständiger ist sie und desto leichter lässt sie sich reproduciren.

Führt man eine Parallele zwischen der Seelenblindheit und der oben besprochenen optischen Aphasie, so sind bei der ersteren alle oder fast alle Associationsbahnen von den optischen zu den übrigen Sinnescentren unterbrochen, dagegen bei der letzteren nur die Leitung zwischen dem optischen und dem Wortcentrum aufgehoben. Die optische Componente des betreffenden Objectes wird somit in beiden Fällen noch angeregt — der

Gegenstand also gesehen: — im ersten Falle wird er aber nicht erkannt, im zweiten wird er erkannt, aber nicht benannt. (s. Schema.)



w = Wortcentren.
o = optisches Centrum.
a = acustisches. »
t = tactiles »
g = gustatorisches »
⌇ = Leitungs-Unterbrechung b. d. Seelenblindh.
⌇ = Leitungs-Unterbrechung b. d. opt. Aphasie.

Wie verhielt es sich mit der Seelenblindheit bei unserem Kranken? Zunächst ist als beachtenswerthe Eigenthümlichkeit derselben die Thatsache zu nennen, dass sie partiell war und das Orientirungsvermögen wenig störte; zweitens ist sehr interessant das Verhalten des sinnlichen Wiedererkennens und des begrifflichen Erfassens im Stadium des Zurückgehens der Seelenblindheit. Der Kranke war dann später im Stande die Häuser, Strassen, Alleen zu erkennen und meistentheils auch zu bezeichnen, konnte jedoch in keiner Weise die optischen Erinnerungsbilder, die das Wiedererkennen der Objecte ermöglichen, willkürlich reproduciren und vor dem inneren Auge deutlich hervorrufen. Und zwar waren es auffallender Weise nicht etwa die weniger scharfen oder weniger gebrauchten Erinnerungsbilder, deren willkürliche Reproduction unmöglich war. Analogien dieses Zustandes finden sich in normalen Verhältnissen nicht selten. «Es ist oft unmöglich, sagt F. Müller[9]) in seiner erschöpfenden Arbeit über Seelenblindheit, sich das Antlitz eines nahen Bekannten oder Verwandten deutlich vorzustellen, obwohl wir es nicht nur sofort wiedererkennen, sobald wir es begegnen, sondern auch geringfügige Veränderungen an demselben wahrnehmen, die sich etwa seit der letzten Begegnung darin eingestellt haben.»

Da in unserem Falle von der Seelenblindheit, die wahrscheinlich nur als ein indirectes Herdsymptom aufzufassen ist, eine schwere Anomalie des optischen Gedächtnisses zurückgeblieben ist, so ist es ziemlich wahrscheinlich, dass dieses Element an und für sich nur in ganz geringem Maasse das sinnliche Wiedererkennen der Seelenblinden beeinflusst. Bekanntlich unterscheidet Lissauer, je nach dem Verhalten der optischen Erinnerungsbilder, eine corticale und transcorticale Seelenblindheit. Bei der ersteren sollen die optischen Bilder selbst verloren, bei der zweiten die Brücke zwischen dem Wahrnehmungscentrum und dem optischen Erinnerungsfeld abgebrochen sein. In dem letzteren Falle soll das optische Erinnerungsbild noch erhalten und von anderen Sinnessphären her erregbar sein. Reine Fälle sind jedoch bisher weder für den einen noch für den anderen Typus bekannt, ganz abgesehen davon, dass die schematische Eintheilung Lissauer's weder anatomisch noch psychologisch genannt werden kann.

Analog unserem, zur corticalen Gruppe gehörenden Falle verhalten sich der berühmte Fall Charcot's[32]), wo ein höchst intelligenter Patient den grössten Theil seines stark entwickelten optischen Gedächtnisses verloren hat, und ein Fall Müller's. Bei einem anderen Patienten Müller's und mehreren Fällen von Wilbrand und Lissauer liess sich nachweisen, dass die optischen Erinnerungsbilder grösstentheils noch erhalten waren, dass aber die Identificirung des neuen Gesichtseindruckes mit dem Erinnerungsbild unmöglich war. Wilbrand's Patientin konnte das Aussehen mancher Strassen, ihres väterlichen Hauses, vieler Gegenstände in ihrem Zimmer deutlich vor ihrem inneren Auge sehen, sobald sie aber diesen Dingen gegenüberstand, so erschienen sie ihr fremd. Auch Müller's Patientin konnte aus dem Gedächtniss Personen und Dinge der Länge, Form und Farbe nach grösstentheils richtig beschreiben, ohne sie wieder zu erkennen, wenn sie vor ihr standen.

Was weiterhin unseren Fall von allen übrigen unterscheidet, ist das Nachbleiben der Anomalien des Ortsgedächtnisses trotz des Schwindens der wirklichen Seelenblindheit. Ob diese psychische Störung bei dem P. der sonst zur Gruppe der «visuels» gehörte und par excellence mit dem optischen Gedächtniss zu ope[illegible] permanent bleiben wird, lässt sich schwer voraussagen. Bemerkenswerth ist jedenfalls, dass die im Beginn vorherrschende allgemeine Gedächtnissschwäche sich allmählich ganz zurückgebildet hat.

Alteration des Gemüthslebens, Beeinträchtigung der optischen Phantasie, verkehrtes Denken, Verwirrtheit, die von manchen Autoren als Folge der Seelenblindheit angeführt werden, fehlten bei uns gänzlich. In Folge der nur partiell vorhandenen Seelenblindheit war das Einwirken fremder Gesichtseindrücke nicht so massenhaft und bedrückend, und die Beeinträchtigung der psychischen Functionen ist deswegen vom Patienten nicht so tief empfunden worden. Das mangelhafte Orientirungsvermögen im Raum ist eben eine der unangenehmsten und auffälligsten Erscheinungen bei der psychischen Blindheit. Die Kranken Wilbrand's, Charcot's, Groenouw's konnten sich in ihrem eigenen Zimmer nicht zurechtfinden und mussten wie Blinde durch die Strassen geführt werden, trotzdem sie allen Hindernissen aus dem Wege gingen. Das mangelhafte Orientirungsvermögen wird hauptsächlich dadurch erklärt, dass die Kranken sowohl die früheren Erinnerungsbilder verlieren als auch die Fähigkeit neue Erinnerungsbilder anzulegen einbüssen. Von Seelenblinden unterscheiden sich ja die wirklich Blinden darin, dass sie Hindernissen aus dem Wege nicht gehen, dass sie über optische Erinnerungsbilder verfügen und dass sie in kurzer Zeit erlernen, sich in einem ihnen ganz unbekannten Orte zurechtzufinden.

Wo das Gesichtsfeld stark eingeengt ist (Fälle Förster, Groenouw[33]), Herabsetzung der Sehschärfe für weiss und Farben vorliegt, Scotome und Hemianopsie bestehen, dort können auch, wie Moëli nachwies, diese Momente zum schlechten Orientirungsvermögen vielfach beitragen. Sehstörung und Seelenblindheit sind jedoch von einander unabhängig und einander nicht proportional. Charcot's typisch seelenblinder, mit Verlust des optischen Orientirungsvermögens behafteter P. hatte ausser einer geringen Abschwächung der Farbenempfindung keine Sehstörung, dagegen zeigte Förstner's mit nur wenigen Symptomen der Seelenblindheit behafteter P. eine enorme Einengung des Gesichtsfeldes bis auf einen centralen Rest. Nach Lissauer, der eine Seelenblindheit subcorticalen Ursprungs überhaupt nicht annehmen will, soll das Fehlen der Gesichtsfelddefecte für die transcorticale Natur, ihr Vorhandensein für die corticale sprechen. Leider haben sich diese Unterscheidungsmerkmale ebenso wenig praktisch bewährt, wie die sinnreiche, theils anatomische, theils psychologische Gruppirung der Varietäten. Für eine Affection der Rinde scheinen ausgesprochene Störungen des Orientirungsvermögens zu sprechen. Ob der Verlust des Bewusstseins der ausgefallenen Gesichtsfeldtheile für eine Rinden- und gegen eine subcorticale Affection spricht (Müller, Freund), muss dahingestellt bleiben. Dasselbe gilt von den Hallucinationen im hemianopischen Gesichtsfeld.

Störungen des Farbensehens finden sich sehr oft bei Seelenblindheit. Unter 22 Fällen von Seelenblindheit, die Müller zusammengestellt hat, fand sich 13 mal Störung des Farbensinnes, und zwar 4 mal vollständiger Verlust desselben (Quaglino, Förster, Siemerling, Müller). Nur 4 mal ist das Farbensehen ganz normal geblieben. Bei unserem P. war die

Identificirung zweier vorgelegten Farben ohne weiteres möglich, die Bezeichnung dagegen unmöglich, es bestand kurzum das, was Wilbrand als «amnestische Farbenblindheit», Rieger[34]) mit dem allgemeineren Ausdruck «identificirendes Erkennen» bezeichnet.

Wo ist das anatomische Substrat der Seelenblindheit zu suchen? Die Verarbeitung optischer Eindrücke zum Erinnerungsbild, sowie die Identificirung neuer Gesichtswahrnehmungen mit den nachklingenden Spuren früherer Eindrücke läuft hauptsächlich im Hinterhauptlappen ab. Dafür sprechen alle bei Seelenblindheit ausgeführten Obductionen. Unentschieden ist nur die Frage, ob sich dieser Process in beiden Occipitallappen gleichsinnig abspielt, oder ob beide Hinterhauptlappen ungleichwerthig sind. Im ersten Falle dürfte Seelenblindheit nur bei doppelseitigen Herden erwartet werden. Ein zweifelloser Fall von Seelenblindheit, bei welchem nur ein Occipitallappen erkrankt, der andere sicher gesund war, liegt zur Zeit nicht vor.

Auf die Frage, welche besondere Gegenden des Occipitallappens zerstört sein müssen, damit Seelenblindheit zu Stande komme, lässt sich nach den bisher vorliegenden Obductionsbefunden keine befriedigende Antwort geben. «Nach den anatomischen und klinischen Erfahrungen scheint es, sagt Müller, dass die mediane Seite und die Spitze des Occipitallappens die erste centrale Station der Sehstrahlung, oder das sog. Wahrnehmungscentrum darstellt». Während also Zerstörungen an der medianen Seite des Occipitallappens zu Rindenblindheit führen sollen, könnte man daran denken, pathologische Processe an der convexen Fläche des Hinterhauptlappens mit Seelenblindheit in Zusammenhang zu bringen. In der That sind, wie die Zusammenstellung Müller's zeigt, Herde an der Aussenfläche des Occipitallappens und des angrenzenden Parietallappens, besonders der linken Seite, sehr häufig bei Seelenblindheit beobachtet worden. Andererseits sind aber Fälle bekannt, bei welchen die Obduction Herde in den genannten Occipitalwindungen ergeben hat, ohne dass Seelenblindheit nachgewiesen worden wäre. Grosse Bedeutung für die Entstehung der Seelenblindheit dürfte schon a priori die Zerstörung der Balkenstrahlung und der Associationsbahnen beanspruchen, welche die einzelnen Occipitalwindungen unter sich, sowie mit dem unteren Scheitellappen und dem acustischen Temporallappen verknüpfen. Kann doch Beispielsweise, wie Freund auf Grund eines von ihm beobachteten Falles wahrscheinlich gemacht hat, Seelenblindheit bei Läsionen im Marklager beider Occipitallappen, trotz intacter Occipitalrinde, eintreten, offenbar lediglich durch Zerstörung von Associationsfasern, welche die optischen und andere Erinnerungsbilder mit einander verknüpften. Näheres über diese Bahnen und ihre physiologische Function soll bei der Besprechung der alectisch-agraphischen Störungen gesagt werden. Nicht unerwähnt soll an dieser Stelle die Thatsache bleiben, dass **die subcorticale Alexie selten mit Symptomen der Seelenblindheit complicirt ist, dagegen die Seelenblindheit beinahe immer Alexie nach sich zieht.** Doch ist mir ein typischer Fall von Seelenblindheit bekannt, den ich gemeinsam mit Dr. Gajbiewicz in der Privatpraxis sah, wo bei einem älteren Herrn, trotz bestehender Seelenblindheit mit ausgesprochener allgemeiner Gedächtnissschwäche, das Schreiben und Lesen absolut intact blieb. Einen ähnlichen Fall finde ich bei Bernheim[35]).

Der Entwickelungsgang der Alexie und die Stellung derselben zu anderweitigen Krankheitserscheinungen liessen sich in meinen beiden Fällen sehr genau verfolgen. Im ersten Falle ging der Alexie eine, mehrere Tage einzeln dastehende rechtsseitige Hemianopsie voraus. Die Leseanomalie endete in beiden Fällen mit einer fast totalen Alexie. Der zweite P. konnte nicht einen einzigen Buchstaben lesen, geschweige denn Worte. Auch Zahlen zu lesen war er nur ausnahmsweise im Stande. Wie mehrfach variirte Versuche zeigten, erkannte er die Buchstaben und Worte als solche nicht. Beim ersten P. ging das Wortlesen ebenfalls gänzlich verloren (verbale Alexie), es blieb dagegen das Erkennen mancher Buchstaben, besonders hebräischer, gedruckter ganz gut erhalten. Es bestand somit verbale ohne litterale Alexie. Zahlen erkannte er fast durchgängig noch besser als Buchstaben, wenngleich er sie lautlich nicht immer zu bezeichnen wusste.

Die in der Litteratur publicirten Fälle von subcorticaler Alexie verhalten sich in Bezug auf diesen Punkt recht verschieden. Einzelne Patienten konnten Buchstaben weder laut lesen, noch verstehen (Déjérine, Redlich), andere wieder konnten wenigstens einzelne Buchstaben, mitunter sogar vereinzelte Worte lesen (Monakow, Mierzejewski) oder verstehen (Bruns). Verbale Alexie war allen Fällen gemeinsam.

Welches ist der Mechanismus des normalen Lesens? In welcher Weise kommt die Alexie zu Stande? Woher stammt das verschiedene Verhalten der Alectiker im Benennen vorgezeigter concreter Objecte und Buchstaben? Weshalb bleibt gelegentlich das Erkennen und Bezeichnen von Buchstaben bei der Alexie bestehen? Das sind vier principielle Fragen, die in sehr veschiedener Weise von den einzelnen Autoren beantwortet werden.

Was den Mechanismus des Lesens anbetrifft, so ist zunächst zu bemerken, dass das laute Lesen, analog dem normalen Sprechen, wahrscheinlich über das acustische Centrum erfolgt, d. h. dass das optische Buchstabenbild zunächst das entsprechende acustische Erinnerungsbild erregt und von hier aus die zum Sprechen nöthigen Innervationen aufgebracht werden. Das ist die Ansicht Kussmaul's[36]), die neuerdings von Freud zur allgemeinen Geltung gebracht wurde. Verstanden wird das Gelesene, wenn das beim Lesen acquirirte Schriftbild, mit einem durch das Sprechen früher gewonnenen Wortklangbild zusammenfallend, mit dem zugehörigen Begriff associirt werden kann.

Ueber das Zustandekommen der verschiedenartigen Lesestörungen bei der «subcorticalen Alexie» herrschen mehrere Hypothesen, von denen wir die populärsten erwähnen wollen.

Die Annahme von Knies, dass die Hemianopsie an sich und besonders auch die nach Hinterhauptlappenerkrankungen eintretenden associirten Bewegungsstörungen der Augen nach der gekreuzten Seite die Alexie bedingen, haben wir schon oben, bei der Besprechung der hemianopischen Sehstörung, als nicht stichhaltig zurückgewiesen.

Ebenso unhaltbar ist die Voraussetzung Weissenberg's[7]), der auf Grund einer Beobachtung von verbaler Alexie ein eigenes Buchstabenzusammenfügungscentrum annimmt. Die Störung dieses Centrums würde bei erhaltener Buchstabenerkenntniss das Zusammenfügen von Silben, das Lesen von Worten unmöglich machen. Weissenberg sucht auch das postulirte Centrum an der Hirnoberfläche zu localisiren. «Wenn man diese nahe Verwandtschaft von F. (Buchstabenfügungscentrum) zu den Sprachcentren berücksichtigt, indem das erste nur eine unbewusste Thätigkeit der letzteren darstellt, so erscheint die Annahme, dass F. unweit von den Sprachcentren liegen muss, ganz plausibel.»

Gegen die W.'sche Hypothese lassen sich mehrere schwerwiegende Einwände erheben. Zunächst ist sie, rein psychologisch betrachtet, ganz unhaltbar. Sehr deutlich hob die logischen Widersprüche in dem grundlegenden,

eben von uns citirten Satze, Sommer in seiner Kritik der W.'schen Hypothese hervor. «Das F. stellt also, erwidert Sommer[37]), eine unbewusste Thätigkeit der Sprachcentren dar. Es stellt also ein Centrum die unbewusste Thätigkeit von anderen Centren dar. Was bleibe dann von dem Begriff des Centrums übrig? Ein Centrum sollte doch wenigstens ein Gehirntheil sein, nicht eine Thätigkeit. Wie kann nun ein Gehirntheil die Thätigkeit eines anderen sein? Wenn aber unter Centrum nur ein schematischer Punkt auf dem Papier zur Darstellung einer bestimmten «Thätigkeit» verstanden wird, so wäre also die «Buchstabenfügung» eine unbewusste Thätigkeit, eine Function der Sprachcentren. Dann sind diese Sprachcentren selbst das Buchstabenfügungscentrum; und es ist physiologisch unmöglich, mit einem Rückfall ins Anatomische ein Buchstabencentrum (F.) unweit von den Sprachcentren zu localisiren. Zudem setzt Thätigkeit immer ein thätiges Subject voraus und die Sprachcentren wären demnach Subjecte, welche etwas thun, nämlich die Buchstaben zu Worten zusammenfügen. In dem citirten Satze findet sich also nachweislich eine Vermischung von anatomischen, physiologischen und metaphysischen Begriffen unter dem Namen eines Buchstabenfügungscentrums. . . . . Es ist also eine Vermischung von gehirnphysiologischen Stilarten, wenn man einmal Elementarbestandtheile localisirt und daneben unweit davon Seelenvermögen in Centren versetzt.»

Zweitens ist nach den neuesten Untersuchungen recht fraglich, ob immer und von Allen, wie Weissenberg mit Grashey[38]) und Wernicke[39]) annimmt, buchstabirend gelesen wird. Löwenfeld,[40]) hat hiegegen auf Grund mehrerer Beobachtungen sehr gewichtige Bedenken vorgebracht, insbesondere dagegen, dass das Lesen auch beim Gebildeten und Geübten buchstabenweise erfolgte, und Goldscheider und Müller[41]) gelang es durch geeignete Experimente zu zeigen, dass beim Lesen Einzelbuchstabiren, gruppenweises Erkennen und Errathen untereinander verwendet werden. Der dyslectische Symptomencomplex meines zweiten Patienten spricht ebenfalls entschieden gegen die Annahme eines buchstabirenden Lesens.

Drittens dürfte man doch aus rein practischen Gründen mit den schon postulirten Centren auszukommen suchen und nicht immer neue verlangen. Wenn man für jede klinisch beobachtete Functionsstörung im Gehirne gleich ein besonderes Centrum construiren wird (Toncentrum, Zahlencentrum etc.), so macht man sich die Sache zwar ganz leicht, man geräth aber in Gefahr die junge Lehre der Alexie in eine dogmatische Erstarrung gerathen zu lassen. Die neuere Associationslehre (Bastian, Freud, Goldscheider) tritt — und zwar mit vollem Recht — gerade gegen die allzustrenge Localisation speciell der aphatischen Störung auf, indem sie mehr die Läsionen der Associationsbahnen berücksichtigt, als die der Centren selbst, die überhaupt nichts anderes als Knotenpunkte von Associationsbahnen darstellen. Die Buchstabenfügung ist ein par excellence associativer Vorgang.

Manche Autoren, denen die Knies'sche und Weissenberg'sche Hypothese ungenügend zu sein scheint, glaubten die Erklärung für die Fälle von verbaler ohne litterale Alexie in einer nur partiellen Läsion der Bahn vom Seh- zum Sprachcentrum suchen zu dürfen. Buchstaben und Ziffern würden auf dieser Bahn noch erkannt und auch benannt; Objecte entweder auf dieser Bahn oder auf dem Umwege über andere Sinnescomponenten. Die Läsion würde aber bei der Complicirtheit des Lesens von Worten genügen, um dieses unmöglich zu machen. In gewissem Gegensatze zum Wortlesen würde gelegentlich das Zahlenlesen stehen. Den Zahlen kommt eben, wie auch andere Beobachtungen auf dem Gebiete der Aphasie zeigen, eine besondere Bedeutung zu, die wir freilich nicht darin suchen werden, dass die Zahlen innerhalb der einzelnen Sprachterritorien eigene Gebiete besitzen, sondern, wie schon oben erwähnt wurde, vielmals in ihrer besonders gefestigten associativen Verknüpfung. Dass die erkannten Buchstaben oder Ziffern nicht immer lautlich bezeichnet werden, würde man z. B. mit Bruns und Goldscheider[42]) so erklären, dass die zum Erkennen nothwendige Anregung des sensorischen Wortbildes auf der Sehsprachbahn wegen der partiellen Läsion dieser nicht stark genug gewesen sei, um auch das motorische Wortbild auszulösen.

Diese, von mehreren Klinikern adaptirte Erklärung ist ziemlich einfach und leicht verständlich, jedoch im Grunde wohl nichts anders als eine gewöhliche Umschreibung der beobachteten Thatsachen. Ganz demselben Erklärungsversuche sind wir schon oben bei der optischen Aphasie begegnet. Und in der That! Betrachtet man den Buchstaben als Object, so stellt die Alexie ja doch nur eine specielle Form der Freud'schen optischen Aphasie dar, bei der bekanntlich hauptsächlich oder ausschliesslich die optische Sinnescomponente afficirt ist

Weiterhin würden bei dieser Erklärungsweise diejenigen seltenen Fälle von litteraler Alexie unverständlich bleiben, wo sich ganz isolirte Lücken beim Erkennen der Buchstaben feststellen lassen (Rieger, Sommer). So z. B. konnte ein von Rieger beschriebener Patient nicht lesen von geschriebenen oder gedruckten kleinen lateinischen Buchstaben, p, x, y, d, h, k, o und war auch nicht im Stande bei richtiger Suggestivfrage den vorgezeigten Buchstaben zu nennen. Aehnlich verhielt es sich in einem Falle von Bennet, der zwar deswegen der Erklärung zugänglicher ist, weil der nachgebliebene Rest die Buchstaben des eigenen Namens des wortblinden Patienten betraf. Der alectische Patient konnte seinen eigenen Namen und die einzelnen denselben zusammensetzenden Buchstaben lesen, letztere auch in anderer Verbindung und einzeln.

Als die am tiefsten in die Mechanik der alectischen Functionsstörung eindringende Theorie ist schliesslich noch die von Stöltling und Bruns aufgestellte, vom Letztern später ergänzte zu erwähnen. Zum Erkennen eines Gegenstandes genügt bekanntlich nicht die alleinige Anregung der optischen Componente des betreffenden Objects. Es gehören dazu zum mindesten zwei der sinnlichen Componenten des Objectbegriffes. Bei der Seelenblindheit, wo alle oder fast alle Associationsbahnen von dem optischen zu den übrigen Sinnescentren unterbrochen sind, wird bekanntlich der Gegenstand gesehen, aber nicht erkannt. Buchstaben können wir uns vorstellen als Objecte, die nur wenige Associationen haben, die Alexie — als eine infolge des genannten Umstandes leicht zustandekommende Seelenblindheit für Wortsymbole. Der gedruckte Buchstabe sollte nun nach Bruns und Stöltling den concreten Objecten gegenüber in dem Sinne im Nachtheile sein, dass er nur 2 Sinnescomponenten habe: die optische und die sprachliche; ist die Bahn zwischen beiden, zwischen den optischen acustischen Centren, wie es bei der subcorticalen Alexie postulirt wird, unterbrochen, so wird der gesehene Buchstabe nicht erkannt, noch sein Name ausgesprochen (Wortblindheit). Objecte dagegen, denen mehrere Sinnescomponenten zu Gebote stehen, sollen bei der subcorticalen Alexie gar nicht oder verlangsamt benannt, aber stets erkannt werden. So lautete die psychologische Erklärung der totalen Alexie.

Als Mierzejewski darauf aufmerksam machte, dass bei verbaler Alexie die litterale fehlen kann, konnte diese Hypothese in der angeführten Form nicht mehr genügen. Bruns suchte nun, auf manche theoretische Angaben Wernicke's, Lissauer's und Müller's ge-

stützt, seine und Stöltling's Hypothese zu ergänzen. Neben der optischen und Lautcomponente des Buchstabens setzte er eine 3. Sinnescomponente voraus: die des Bewegungsgefühls der Augenmuskeln. Als anatomisches Substrat der eben genannten Sinnescomponente ist derjenige Rindenbezirk zu betrachten, in dem die Innervations-Empfindungen der Augenmuskeln zu Stande kommt (optisch-motorisches Rindenfeld nach Sachs[45]). Das Sprachcentrum steht sowohl mit dem rein optischen (optisch-sensorisches Rindenfeld nach Sachs), wie mit dem optisch-motorischen Rindenfelde in Verbindung. Der Buchstabe wird durch die Anregung der Muskelgefühlcomponente von der optischen aus noch erkannt werden können, wenn die Verbindung der optischen zur Lautcomponente unterbrochen ist, da ja dann die zum Erkennen nöthigen zwei Begriffscomponenten mit einander associirt sind. Diese Thatsache kann uns erklären das gelegentliche Bestehenbleiben des Buchstabenlesens bei verbaler Alexie. Die Annahme der Muskelgefühlscomponente macht uns auch verständlich diejenigen seltenen Fälle, wo litterale Alexie nur für kleine Buchstaben besteht, bei denen selbstverständlich diese Componente nur eine untergeordnete Rolle spielen kann. Bezüglich des differenten Verhaltens der Alectiker gedruckten und geschriebenen Buchstaben gegenüber lässt sich anführen, dass den im Schreiben wenig geübten Personen — unser 1. Patient — das Errathen gedruckter Buchstaben immer leichter fallen muss, dagegen den gebildeten, schreibgewandten Individuen beim Lesen geschriebener Buchstaben eine vierte Sinnescomponente leicht zu Hilfe kommen kann: die graphische Bewegungsempfindung, das kinästhetische Erinnerungsbild.

Dass trotz des Erkennens von Buchstaben Worte nicht erkannt werden, ist durch die Complicirtheit des psychologischen Vorganges des Lesens bedingt. Zum correcten Lesen gehört einerseits eine regelmässige und rasche Aufeinanderfolge des Erkennens der einzelnen Buchstaben, andererseits ein intactes Gedächtniss für visuelle Erregungen, damit nicht der erste Buchstabe vergessen ist, wenn der zweite gelesen wird. Die erste Bedingung ist, wie die oben entwickelte Analyse der Begriffscomponenten lehrt, kaum erfüllt: die directe Anregung des Lautes von der jedenfalls hervorragend wichtigen optischen Componente des Buchstabens auf der Sprachbahn ist durch die Leitungsunterbrechung unmöglich, der Umweg über die immer eine secundäre Rolle spielende Bewegnngsgefühlscomponente kann jedoch des verlangsamten Ablaufens wegen zum correcten Lesen keineswegs genügen. Die zweite Begingung ist ebenfalls selten erfüllt, da in der Regel (Grashey, Moëli, Goldscheider) eine partielle Gedächtnissstörung für visuelle Eindrücke bei einer organischen Läsion, ja sogar bei rein functionellen Alterationen der Centren vorhanden ist.

Wie verhält sich bei den Alectikern das Erkennen der Wortsymbole zum Lautlesen derselben? Wo Worte nicht laut gelesen werden können, dort werden sie auch gewöhnlich nicht verstanden — lautet die Ansicht der meisten Autoren. «Das Schriftwort, sagt Redlich[22]), ist eine secundäre Erwerbung des Sprachvermögens, eine Appendix gleichsam des gesprochenen Wortes, das niemals eine so weitgehende Selbstständigkeit erhält, dass es unabhängig vom letzteren begrifflich verwerthet werden könnte. Ist also die Verbindung zwischen Schriftwort und gesprochenem Worte unterbrochen, dann kann das geschriebene Wort auch nicht mehr in seiner Bedeutung aufgefasst werden; es bleibt blosses optisches Object.»

Dass es jedoch Ausnahmen von dieser Regel giebt, beweist unser erster Fall, der sich eben darin von allen uns zugänglichen Fällen, der subcorticalen Alexie unterscheidet, dass die Lesestörung, bevor sie complet wurde, ein Stadium aufwies, wo Worte und Buchstaben erkannt und verstanden, jedoch nicht bezeichnet werden konnten. Wenngleich das Lesen von einzelnen Buchstaben und das Zusammenfügen derselben zu Worten ganz getrennte psychische Thätigkeiten sind, so waren sie doch in ganz identischem Sinne gestört. Die verbal-litterale optische Aphasie ging sozusagen allmählich in die verbal-litterale Seelenblindheit über. Im ersten Stadium sind, grob anatomisch ausgedrückt, die Bahnen von den Sinnescomponenten der Wortbegriffe zum motorischen Centrum wahrscheinlich afficirt gewesen, im letzten Stadium waren auch die Associationsbahnen zwischen den einzelnen Sinnescomponenten undurchgängig.

Nicht uninteressant wird vielleicht die Thatsache zu erfahren sein, dass in der äusserst umfangreichen Aphasielitteratur vereinzelte mehr oder weniger reine Fälle von Alexie vorliegen, die geradezu ein Spiegelbild desjenigen Symptomencomplexes darbieten, welchen wir bei unserem Patienten als Uebergangsstadium zur völligen Alexie festzustellen Gelegenheit hatten.

In einer Beobachtung von Déjérine[44]) aus dem J. 1880 heisst es: «die Patientin liest ganz correct, ohne im Uebrigen das Gelesene zu verstehen; die durchgelesenen Worte erwecken bei ihr absolut keine Idee.» Ebenso verhielt es sich in den wenigen zur selben Gruppe gehörigen Fällen (Starr, Pich), wo ebenfalls Worte und zuweilen Ziffern gelesen wurden, ohne eine bestimmte Vorstellung zu erwecken. Brissaud wählt für diese äusserst seltene Form der Alexie die nicht ganz zutreffende Bezeichnung «cecité verbale psychique» und meint diese Alexie sei transcorticaler Natur und als Folge der Unterbrechung der Bahn vom Wortbildcentrum zum Begriffscentrum aufzufassen. Pich[46]) vermuthet ebenfalls «eine Abtrennung des acustischen Wortcentrums von den intellectuellen Territorien.»

Will man somit die gewöhnliche Alexie als eigenthümliche psychische Störung definiren, bei der a) fehlendes Verständniss bei b) Unmöglichkeit des Lesens besteht, so muss man sich darüber klar bleiben, dass es gelegentlich Fälle giebt, bei denen eine der Hauptcomponenten der Alexie fehlen kann. Ist bei fehlendem Verständniss das Lesevermögen erhalten, so hat man die eben erwähnte «psychische Wortblindheit» (Déjérine-Brissaud) vor sich, fehlt dagegen das Lesevermögen bei erhaltenem Verständniss des Textes, so handelt es sich um diejenige, ziemlich seltene Varietät, die wir bei unserem Patienten gefunden haben und als «verbale optische Aphasie» bezeichnen wollen.

Am meisten Aehnlichkeit mit der Lesestörung unseres Kranken zeigte ein Patient Bastian's[47]), der den Sinn der Worte beim Lesen erfasste, aber die Worte selbst nicht aussprechen konnte, während er dieselben, wenn sie ihm vorgesprochen wurden, mehr oder weniger deutlich nachsprechen konnte.

Genauer untersucht ist und bestimmtere Schlüsse gestattet eine, unserem Kranken ähnliche Patientin Leube's[48]), die anfänglich an Alexie und Aphasie, später an blosser Alexie litt. Letztere bestand darin, dass die Patientin absolut nicht im Stande war längere Worte zu lesen. «Sie kennt zwar jeden einzelnen Buchstaben der Worte genau, versucht mit grossem Eifer das Wort zu buchstabiren, giebt aber nach mehreren fruchtlosen Bemühungen den Leseversuch unter Kopfschütteln weinend auf mit der Bemerkung, dass sie das Wort nicht zusammenbringen könne. Dabei kennt Patientin den Begriff des

Wortes, das sie nicht lesen kann; sie versichert, während sie das zu lesende Wort nicht aus dem Auge lässt, dass sie gut wisse, was dasselbe bedeute, kann es aber lesend nicht aussprechen.» Liess man aber die Leube'sche P. das Wort gut ansehen und nahm sodann das Buch weg, so war sie im Stande das Wort auszusprechen. Eine Ausnahme machten gewöhnlich Worte, die einem der Patientin nicht bekannten Gegenstand oder einem abstracten Begriffe entsprachen.

Leube vermuthet in seinem Falle eine Amnesie, die die Aneinanderkettung der einzelnen Buchstaben beim Lesen des Wortes unmöglich machte, indem die P. bei längeren Worten in der Mitte des zu lesenden Wortes nicht mehr wusste, welche Buchstaben den Anfang des zu lesenden Wortes bildeten. Solange die volle Aufmerksamkeit und das ganze Streben der lesenden P. eben auf das Aneinanderketten der Buchstaben concentrirt ist, kann das buchstabirende Lesen nicht gelingen: das künstlich zu gewinnende Buchstabenbild verblasst während seiner Bildung in seinen ersten Theilen, ehe es vollständig ist. Der erwähnte Kunstgriff mit der Ablenkung der Aufmerksamkeit ermöglichte erst die Aussprache des Wortes.

Ich muss gestehen, dass mich die Leube'sche, von den späteren Autoren gebilligte Erklärung wenig befriedigt. Wenigstens bleibt es für mich unverständlich, weshalb eine Amnesie im Leube'schen Sinne das buchstabirende Lesen unmöglich machen sollte. Das buchstabirende Lesen besteht ja doch eben darin, dass das Wort in Silben zerlegt wird und diese, unabhängig von einander, entziffert und ausgesprochen werden, wobei man sich beim Lautlesen der einen Silbe um die vorausgegangene nicht weiter kümmert. Ich würde die Erklärung für richtig halten, wenn die Leube'sche P. buchstabirend correct lesen, aber den Inhalt ohne den genannten Kunstgriff nicht verstehen könnte. Das war aber nicht der Fall.

Ebenso unhaltbar scheint mir die Erklärung, die von der allgemeinen Voraussetzung ausgeht, dass gewisse oft gesehene Schriftbilder als Ganzes, als mehr gegenständliche Bilder percipirt werden, als solche sofort mit dem sog. Begriffsfeld in Association treten und von hier aus die Wortklang- und Sprachbewegungserinnerung hervorrufen.

In all' den Erklärungsversuchen, — die ganz aus der Luft gegriffenen Hypothesen übergehe ich hier, — scheint auf den grossen Unterschied zwischen dem begrifflichen Verständniss des Gedruckten und dem lauten Lesen gar nicht geachtet worden zu sein. Und doch sind das zwei ganz verschiedene geistige Fähigkeiten, die, wie im Leube'schen und vielleicht noch präciser in meinem Falle, ganz isolirt alterirt sein können. Beim Lautlesen erzeugen, wie mehrfach erwähnt wurde, die optischen Eindrücke acustische Erinnerungs-Vorstellungen und diese wirken erst auf die motorische Sphäre. Es scheint nun, vermuthet mit Recht Goldscheider in seiner Arbeit über Aphasie, dass die Entstehung der acustischen Erinnerungsbilder noch nicht ohne weiteres das Vermögen auf die Auslösung der motorischen Impulse zu wirken, in sich schliesst. Wahrscheinlich muss die Erinnerungs-Vorstellung, soll sie die geordneten Impulse hervorrufen, eine grössere Deutlichkeit, Lebhaftigkeit und Continuität haben, als es für die Erregung des begrifflichen Verständnisses nothwendig ist. Unter pathologischen Umständen nun, anscheinend wenn besondere Widerstände für die Wirkung auf die motorische Sphäre bestehen, tritt eine völlige Dissociation zwischen den beiden in Rede stehenden Fähigkeiten ein. «Für die Kranke Leube's, meint Goldscheider, bedurfte es eben einer besonders intensiven Aufmerksamkeit und Sammlung, um den acustischen Erinnerungsbildern diejenige Deutlichkeit zu verleihen, welche zur Auslösung von Impulsen nothwendig ist. Die auf das Aneinanderreihen der optischen Eindrücke gerichtete Thätigkeit aber inhibirte diese Concentration, welche nach dem Entfernen des Buches die nöthige Höhe erreichte.»

Auf unseren Fall zurückkommend, müssen wir die Hypothese Goldscheider's als die wahrscheinlichste, wenngleich den Kern der Sache nur scharfsinnig umschreibende betrachten. Wodurch bei unserem, nicht aphatischen P. die Dissociation der in der Regel aufs innigste zusammenhängenden Fähigkeiten des begrifflichen Verständnisses und des Aussprechens der Worte verursacht wurde, lässt sich nicht ohne Weiteres aussagen. Amnesie im Sinne des Leube'schen Falles scheint nicht vorgelegen zu sein. Auch klagte P. nie über das Unvermögen, Buchstaben zu Worten zusammenbringen zu können. Der entscheidende Grashey-Leube'sche Kunstgriff mit der Entfernung der Vorlage ist wegen der kurzen, nur paartägigen Dauer der genannten Lesestörung leider nicht in Anwendung gezogen worden.

Die in unserem Falle allmählich sich ausbildenden 3 Stadien der Wernicke'schen Alexie; 1) Hemianopsie, 2) aufgehobenes Lautlesen bei Erhaltensein des begrifflichen Verständnisses, 3) sog. subcorticale Alexie, machen es jedenfalls wahrscheinlich, dass bevor die, die typische Alexie in grobmechanischer Weise bedingende Hirnläsion zu Stande kam, eine functionelle Störung der genannten Associationsbahnen in indirecter Weise durch Fernwirkung bestand und sich klinisch als Hemmungserscheinung, als Herabsetzung der Function geäussert hatte.

Ebenfalls als functionelle, dynamische Störung müssen wir die im ersten Stadium unseres 2-ten Falles deutlich vorhanden gewesene, sehr seltene Leseanomalie: die Dyslexie betrachten. Nach Berlin[49]), dem wir das erste Studium dieses interessanten Symptomencomplexes verdanken, besteht die Dyslexie darin, dass gewisse Menschen nur eine gewisse Anzahl von Worten hintereinander laut oder leise lesen können, trotzdem die augenärztliche Untersuchung die Abwesenheit aller bekannter Ursachen verminderter Ausdauer (Asthenopie) nachweist. Berlin betrachtete deswegen die Dyslexie als cerebrales Symptom und zog den Begriff der verminderten Ausdauer und Ermüdung in Erwägung. Nieden[50]) betonte das subjective Ermüdungsgefühl bei der Unfähigkeit der Dyslectiker, weiter zu lesen. Weissenberg postulirte auf Grund der Beobachtung, dass ein Kranker nach einigen richtig gelesenen Worten die Buchstaben d, e, r noch lesen, aber nicht mehr das Wort «der» zusammenbringen konnte, ein Buchstabenfügungscentrum und suchte, wie wir sahen, durch die Annahme der Zerstörung dieses Centrums das Phänomen zu erklären. Die meisten späteren Autoren traten energisch dieser Specialisation der Rindencentren entgegen und behaupteten gerade im Sinne der Localisationstheorien die Identität der Sprachcentren mit derjenigen Gehirnpartie, deren Function die Combination von Buchstabenlauten zu Worten ist.

Ich meine übrigens, dass die Dyslexie, ganz abgesehen von der Existenzberechtigung des Buchstabenfügungscentrums, durch die Zerstörung des letzteren gar nicht entstehen könnte. Aus Zerstörung des Centrums müsste doch ein dauernder Verlust der Combinationsfähigkeit für richtig erkannte Buchstaben, niemals aber das Phänomen der von uns geschilderten Dyslexie resultiren. Für die Dyslexie ist ja gerade, wie die Epikrise unseres 2. Falles zeigt, charakteristisch, dass zuerst Worte richtig gelesen werden, und dann plötzlich nach einem Mo-

mente die Unfähigkeit zum Weiterlesen eintritt: die Bahnen, die die Zusammenfügung der Buchstaben zu Worten vermitteln sollen, zeigen intermittirendes Sinken der Function, periodische Schwankung der Leitungsfähigkeit. Solch' eine Störung kann nur rein functioneller Natur sein (Fernwirkung), was selbstverständlich nicht ausschliesst, dass sie organisch, materiell wird, wie unser Fall mit nachträglichem Uebergang der Dyslexie in complete Alexie in überzeugender Weise zeigt, oder dass sie sich ganz zurückbildet, d. h. in Eulexie übergeht, wie ein Fall von Sommer lehrt.

Unterwirft man die oben eingehend geschilderte Lesestörung einer näheren Analyse, so überzeugt man sich sofort, dass dasjenige, was von den meisten Autoren als Dyslexie bezeichnet zu werden pflegt, nur eine Theilerscheinung, eine Componente der sehr complicirten Leseanomalie darstellt. Letztere zeigt in unserem Falle eine Periodicität im Verständniss für Worte, Buchstaben und Zahlen. Der vom Dyslectiker durchgelesene Satz erweist sich zusammengesetzt aus Perioden, von denen jede einzelne Wechsel von Functionsfähigkeit und Functionsunfähigkeit zeigt. Die Dyslexie, wie sie von den ersten Autoren definirt wurde, ist, wie Sommer richtig beweist, nur als Symptom, als Anfangsglied einer periodischen Reihe aufzufassen. In dem oben als Paradigma angeführten 9-wortigen Satz «Tak im wtedy zeszto bardzo spokojnie do stacji Lublin» waren beim raschen Notiren des vom P. gelesenen fünf solcher getrennter Perioden nachzuweisen, deren jede mit 1—3 richtig hintereinander entzifferten Worten des Textes begann, um darauf in ein sonderbares Durcheinander von Worten überzugehen, die an sich sprachlich ziemlich gut articulirt waren, häufige Wiederholungen und Pausen aufwiesen und gelegentlich eine innige, associative Verwandtschaft mit Worten des Textes zeigten.

Als weitere Charakteristika der genannten Lesestörung wären neben der Dyslexie, die ihrer Eigenthümlichkeiten wegen vielleicht eher als «periodische» oder «intermittirende Alexie» bezeichnet zu werden verdient, zu nennen: das oben besprochene, auf ungehemmten Wortassociationen beruhende Paraphrasiren der einzelnen Lautgebilde und das beim ersten unserer Patienten schon erwähnte, durch abnorme psychische Nachwirkung entstehende Festhalten des normal erfassten Wortes, resp. das wechselnde Prävaliren bestimmter Worte. Diesen 3 Charakteristicis begegneten wir beim Lesen sowohl von Worten als Buchstaben oder Zahlen. Es giebt somit unzweifelhaft neben der gewöhnlichen Wortdyslexie eine Buchstaben- und Zahlendyslexie.

Sommer, der in einem Falle von Dyslexie eine sehr eingehende und systematische, zahlenmässige Untersuchung vornahm, konnte manche weitere nicht uninteressante Thatsachen feststellen, die wir hier kurz erwähnen wollen, desto lieber, da manche derselben auch durch unseren Fall sich bestätigen lassen.

Das Maximum der Leistung liegt immer ganz am Anfang der ausgedehnten Versuchsreihe. Bei der verminderten Leistungsfähigkeit handelt es sich nicht um die Beschaffenheit der Worte, sondern nur um ihre Stellung in dem chronologischen Ablauf des Versuches. Die Thatsache, dass die producirten Worte eine gewisse Aehnlichkeit mit den dastehenden haben, beruht nicht darauf, dass hier wirklich einzelne Buchstaben erkannt und daraus falsche Worte construirt werden, sondern auf dem Auslösen falscher Associationen vom Wortbilde als Ganzen: bei völliger Unfähigkeit die einzelnen Buchstaben zu erkennen, liegt in der Regel bei Dyslexie eine unklare verworrene Auffassung des Wortbildes als Ganzen, nicht dagegen eine verkehrte Umformung des richtig erfassten Lautgebildes vor. Da das Phänomen der psychischen Nachwirkung der Dyslectiker bei Benennung von Gegenständen nicht immer auftritt, so handelt es sich nicht um eine allgemeine Störung in der Entstehung von Wortgebilden gegenüber optischen Vorstellungen sondern um eine isolirte Störung des Lesens.

Dass es wirklich so ist, beweisen übrigens unsere beiden Patienten: bei dem ersten P. war das psychische Nachwirken nur beim Sprechen, beim zweiten nur im Lesen zu merken. Die Dyslexie beruht eben nicht auf allgemeiner Benommenheit sondern ist stets als isolirte Ausfallserscheinung functioneller Natur anzusehen. Ganz treffend ist der Vergleich der Dyslexie als Symptomes mit dem sog. intermittirenden Hinken (Pick[50]). Hier wie dort beruht wahrscheinlich die vorübergehende Functionsstörung auf kurzanhaltender Circulationsstörung (Gefässspasmus)? Wo die Dyslexie bei Herderkrankungen des Gehirns beobachtet wird, ist dieselbe als Fernwirkung aufzufassen, als Folge molecularer Läsionen benachbarter Gehirntheile.

Dyslexie als Einleitungsstadium einer typischen subcorticalen Alexie, wie es in meiner Beobachtung der Fall ist, konnte ich nirgends beschrieben finden. Dagegen sind die Fälle nicht selten, wo trotz des Zurückgehens mancher zur Gruppe der «Aphasien» gehörenden Erscheinungen, andere deutlicher hervortraten. In meinem Falle wurde die Alexie typisch, nachdem die optische Aphasie und Seelenblindheit zurückgingen. Im oben erwähnten Falle Leube's machte sich ebenfalls, mit Wiederkehr der Fähigkeit zu sprechen, die Alexie in ausgesprochenster Weise geltend.

(Schluss folgt).

Bemerkungen zu Dr. Högerstedts Literaturnotiz zu meinem casuistischen Beitrag über die Beziehungen des Oesophaguscarcinoms zur Aorta.

Von Dr. med. W. Vierhuff.

Zu der von Dr. H. in № 22 dieser Wochenschrift gemachten Literaturnotiz möchte ich bemerken, dass meine Arbeit nur über die Perforation des Oesophaguscarcinoms in die Aorta und nicht in die anderen Gefässe handelt; deswegen habe ich in meinem Literaturverzeichniss nur die entsprechenden Fälle erwähnt, wie ich ja das in meiner Abhandlung auch gesagt habe, denn der von Dr. H. aus derselben nur theilweise citirte Satz lautet vollständig: «Die citirten 8 Fälle von Perforation eines Oesophaguscarcinoms in die Aorta sind die einzigen, die sich in der Literatur fanden».

Der von Dr. H. referirte und vermisste Fall handelt aber über den Durchbruch eines Oesophaguscarcinoms in die Subclavia, — gehört also eigentlich gar nicht in mein Literaturverzeichniss. Dass ich mit dem Ausdruck: «die einzigen, die sich in der Literatur fanden», nicht die arrogante Meinung habe ausdrücken wollen, als wäre damit die ganze Literatur wirklich erschöpfend angegeben, bedarf wohl kaum einer besonderen Erwähnung, da die bona fides des diesen Satz lesenden Collegen es wohl verstehen wird, dass ich nur die mir zugängliche Literatur meine, denn nur von einer solchen kann die Rede sein, die gesammte Literatur kann eben nicht beherrscht werden.

Referate.

Ueber acuten Gelenkrheumatismus im Anschluss an Angina von Medicinal-Rath Dr. Groedel in Bad-Nauheim. (Deutsch. Med. Wochenschr. 1896. № 17).

Der Verfasser, welchem in Bad-Nauheim bei mehr als zwanzigjähriger Thätigkeit eine ungewöhnlich grosse Zahl von Patienten mit Polyarthritis rheumatica und deren Residuen, namentlich Herzkrankheiten, vorkamen, hat bei denselben in auffälliger Weise häufig das Zusammentreffen von Gelenk-

rheumatismus mit Angina constatiren können. Aus den zahlreichen, von ihm beobachteten Fällen, hebt er als besonders instructiv 21 hervor, bei welchen bei ein und derselben Person wiederholt an eine Angina ein Gelenkrheumatismus sich anschloss, und er theilt davon eine grössere Anzahl mit, von welchen ich einen als Beispiel hier bringen will:

«Herr Oberförster R., früher in Gross-Okonin wohnhaft, hatte im Jahre 1882 im Anschluss an eine Angina acuten Gelenkrheumatismus gehabt. Die Krankheit zog sich mehrere Monate hin. Er war deshalb 1882 und 1883 in Teplitz zur Cur. Da er aber immer noch zeitweilig rheumatische Schmerzen spürte, auch geringe Beschwerden von Seiten des Herzens hatte, so wurde er, damals 35 Jahre alt, im Mai 1885 von Generalarzt Strube nach Nauheim zur Absolvirung einer Badecur gesandt. Nach derselben fühlte er sich vollständig gesund, bekam aber doch ein halbes Jahr später wieder einen etwa 14 Tage dauernden Anfall von Gelenkrheumatismus, welchem ebenfalls eine Tonsillitis vorausging. Im Frühjahr 1886 sah ich ihn wieder, ebenso im Frühjahre 1887, ohne dass er irgend eine Klage hatte. Am Herzen war schon nach der ersten Kur kaum mehr etwas nachzuweisen: das früher vorhanden gewesene leise systolische Spitzengeräusch hatte einem dumpfen, diffusen Tone Platz gemacht. Während dieser Kur bekam er eine lacunäre Tonsillitis. Auf seinen eignen Wunsch gab ich ihm sofort Natron salicylicum, da er befürchtete, er könne, wie früher, im Anschluss an die Angina einen Gelenkrheumatismus bekommen. Thatsächlich kam es nicht dazu. Ob die Verabreichung von Salicyl wirklich prophylaktisch gewirkt hatte, liess sich natürlich nicht sagen. Wie wir gleich sehen werden war es in drei andern mir bekannten Fällen ohne wesentlichen Nutzen, respective hatte keinen coupirenden Effect. Den Herrn sah ich im folgenden Jahre noch einmal hier. Er fühlte sich vollkommen gesund und wollte nur vorsichtshalber eine Badekur gebrauchen. Wie ich kürzlich von ihm hörte, ging es ihm gut bis zum letzten Jahre, in welchem er wieder einen schweren Gelenkrheumatismus hatte und dabei eine heftige Halsentzündung, so dass sein Hausarzt erst glaubte, es käme zur Abscedirung, was aber doch nicht der Fall war».

Nach des Verfassers Ansicht ist das Vorkommen einer als acuter Gelenkrheumatismus imponirenden Erkrankung im Anschluss an Angina unzweifelhaft sehr häufig, die Zahl der, dem mitgetheilten ähnlichen Fälle, in denen regelmässig zu wiederholten Malen bei ein und derselben Person an die Angina die Polyarthritis sich anschloss, jedoch nicht sehr gross. Noch seltener sind die Fälle, in welchen sich an die Angina zunächst eine Endocarditis anschliesst, welcher erst nach einiger Zeit der Gelenkrheumatismus folgt; auch ein solcher wird mitgetheilt.

Ueber statistische Angaben betreffs procentualen Verhältnisses der nach Angina auftretenden Polyarthritis zum Gelenkrheumatismus überhaupt ein entgiltiges Urtheil abzugeben, ist man bis jetzt noch nicht in der Lage, da die von anderen Autoren angegebenen Zahlenwerthe zwischen 5 pCt. und 80 pCt. schwanken. Nach Groedels Zusammenstellung dürfte die Zahl 5 der Wirklichkeit wohl näher liegen, als die Zahl 80, wie denn auch Prof. Gerhardt-Berlin nach einem auf dem jüngsten Congress für innere Medicin gehaltenen Vortrage 21 pCt. auf seiner Klinik constatirt hat.

Ueber das Verhalten der beiden Affectionen zu einander, deren infectiöser Ursprung als sicher angenommen wird, spricht sich der Verfasser etwa dahin aus, dass den, bei beiden Affectionen gefundenen verschiedenen pyogenen Kokken, so lange andere specifische Mikroorganismen nicht bekannt sind, bei beiden Erkrankungen die Hauptrolle zugeschrieben werden dürfte. Die betreffenden Kokken würden zunächst eine Angina erzeugen und von hier aus den Weg ins Innere des Körpers nehmen, dabei den Rheumatismus oder eine Endocarditis oder Pleuritis verursachend.

Ueber das Bestreben, für den genuinen Gelenkrheumatismus und die nach Scharlach, Diphtherie etc. auftretenden sogenannten Rheumatoide, soweit sie klinisch zu trennen sind, auch besondere Infectionsträger anzunehmen, hat der Verfasser die Ansicht, dass eine solche Differenzirung nicht absolut nothwendig sei, dass man vielmehr folgende Erklärung für das verschiedenartige Auftreten der Krankheit bei gleichartigen Krankheitserregern geben könne;

1) Könne es sich um vollkommene oder um abgeschwächte Virulenz, auch um grössere oder kleinere Mengen der aufgenommenen Kokken handeln.

2) Könne man sich denken, dass bei dem genuinen Gelenkrheumatismus die Disposition, d. h. die Vulnerabilität des Organismus durch die betreffenden Mikroorganismen eine grössere und constantere sei, als die nur vorübergehende, durch eine vorausgegangene Infectionskrankheit erzeugte. — Möglich wäre es auch, dass jene pyogenen Kokken auf ihrem Wege von den afficirten Rachenwänden aus durch die vorausgegangene Scharlach- oder sonstige Infection Bedingungen vorfänden, welche ihre volle Entwicklung behinderten, wodurch ein eigenartiges Bild der Polyarthritis entstehe.

Bei der nach Angina beobachteten Form handelt es sich nach Groedel nicht um ein sogenanntes Rheumatoid, sondern um einen echten Gelenkrheumatismus, was auch Gerhardt in seinem oben erwähnten Vortrage annimmt, während andere, wie z. B. Roos für eine besondere Polyarthritis anginosa eintreten möchten. Auch widerspricht Groedel der von anderen Autoren ausgesprochenen Ansicht, dass es sich bei diesen Fällen um eine besondere Art von Angina, um eine Angina rheumatica handle. Nach seiner Erfahrung und Beobachtung ist es fast stets die gewöhnliche Angina lacunaris, welche dem Gelenkrheumatismus vorausgeht.

Therapeutisch empfiehlt Verfasser auf Grund jener Beobachtungen:

1) Bei allen Personen, welche einen Gelenkrheumatismus nach vorausgegangener Angina hatten, eine besondere Pflege des Rachens, — regelmässige Gurgelungen mit Antisepticis.

2) Bei solchen Personen, sobald sich eine Angina zeigt, Verabreichung von Natron salicylicum.

Endlich schlägt er vor, klinische Beobachtungen mit Injectionen des Marmorek'schen Antistreptokokkenserums bei allen vorkommenden Fällen von Polyarthritis jeder Art zu machen, wodurch vielleicht differentiell diagnostische, vielleicht auch therapeutisch bedeutsame Anhaltspunkte gewonnen werden dürften.

Dr. Göhler.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. S. L. Schenk (Professor): Lehrbuch der Embryologie des Menschen und der Wirbelthiere. Zweite vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Verlag von Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig [illegible]. Mk. 16.

Die grossen Fortschritte, welche die Wissenschaft auf dem Gebiete der Entwicklungsgeschichte errungen, haben so manchen neuen Gesichtspunkt zu Tage gefördert, so mancher neuen Anschauung in der normalen sowohl als auch der pathologischen Gewebelehre einen hervorragenden Platz geschaffen. Ist ja auch gerade in den letzten Jahren durch die Erforschung der Entwicklungsverhältnisse bei den Wirbellosen ein neues Verständniss eröffnet worden für die Embryologie der Wirbelthiere. Deshalb müssen wir mit Freuden ein Werk, ein Lehrbuch begrüssen, welches die eben erwähnten Umstände wohl würdigend, uns in klarer Weise, ohne zu weit schweifend zu werden, die Verhältnisse vorführt, wie sie im Organismus der einzelnen Thiere vorliegen vom Momente ihrer Entstehung an, in den einzelnen Phasen des foetalen Lebens, bis zu ihrer Vollendung, d. h. bis zum Beginne einer eigenen Existenz. Wie Prof. Schenk in den einleitenden Worten zu seinem eben in zweiter Auflage erschienenen Lehrbuche sagt, «will das Buch, entstanden auf dem Boden akademischer Vorlesungen, eine Uebersicht über das Besitzthum der Entwicklungsgeschichte geben». Die meisten und auch noch kurz vor dem Erscheinen des Buches publicirten Arbeiten auf diesem Specialgebiete haben vom Verfasser mehr oder weniger Verwerthung gefunden. Der Stoff ist in klarer, übersichtlicher Weise niedergeschrieben worden und die Anordnung desselben, indem ab ovo begonnen wird, ist eine äusserst bequeme und sympathische. Im Anschlusse an die embryologischen Verhältnisse der Wirbelthiere sind in den einzelnen Capiteln auch diejenigen der Wirbellosen besprochen oder ist auf dieselben im vergleichend anatomischen Sinne hingewiesen worden. Dem Texte sind 518 schön ausgeführte Abbildungen beigefügt. Diese sind theils eigene, theils aber fremden Werken entnommen.

Die Anschaffung des Werkes kann nur warm empfohlen werden und das Studium dieses für jeden Mediciner so wichtigen, aber schwierigen Gebietes wird durch die bereits erwähnte Klarheit der Sprache und der Behandlung des Stoffes bedeutend erleichtert.

Th. Hecker.

Dr. med. D. M. Usspenski. Organotherapia. Zjelebnija Sswoistwa organow Shiwotnich. (die heilenden Eigenschaften der thierischen Organe). Mit 17 Bildern im Text. St. Petersburg 1896.

Gerne erfüllen wir den Auftrag unsere Leser auf dieses in russischer Sprache erschienene Werk aufmerksam zu machen. Die neue Behandlungsmethode, die, an Stelle der pharmacologischen Agentien, die verschiedenen Organe, Gewebe und Producte gesunder Thiere in Anwendung bringt, die sog. Organotherapie, als deren Begründer Brown-Séquard zu betrachten ist, gewinnt immer mehr an Boden, wenngleich die bei einigen Krankheiten erzielten Resultate noch viel zu wünschen übrig lassen. Es genügt jedoch an die glänzenden

Resultate der Thyreoideafütterung bei Myxoedem zu erinnern, um die Berechtigung und den Effect der Organtherapie in's richtige Licht zu stellen. Verfasser hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen Alles, was auf diesem Gebiete bis jetzt erzielt worden ist, in zusammenfassender Schilderung vorzuführen, wobei er seine eigenen klinischen Beobachtungen mit verwerthet. Zunächst bespricht U. recht eingehend die Herstellung der verschiedenen Präparate aus den Organen und Drüsen und geht alsdann auf sein eigentliches Thema über, wobei er zunächst die physiologischen Verhältnisse anführt, um alsdann auf den therapeutischen Effect der Drüsen- und Organinfuse bei den verschiedenen Erkrankungen überzugehen. Es werden ausführlich besprochen: die Infuse und Extracte der Testikel (bei Tuberkulose, Lepra, Krebs, asiatischer Cholera und Scorbut; bei verschiedenen Erkrankungen des peripheren und centralen Nervensystem's, bei Anaemie, Malaria), der Ovarien, der grauen Hirnsubstanz, der Thyreoidea (bei Myxoedem, Cretinismus, Acromegalie, Basedow'scher Krankheit und Struma, bei Polysarcie) der Thymus (bei Basedow'scher Krankheit) des Pancreas (bei Diabetes) der Nieren und Nebennieren (bei Addison'scher Krankheit und Diabetes insipidus) der Milz, des Knochenmarks und der Lymphdrüsen (bei Anaemie, Leucaemie, Malariacachexie) des Herzens, der Lungen und der Muskeln. Die Schilderung des Stoffes ist eine überaus klare und übersichtliche und versteht es Verfasser den Leser vom Anfange bis zum Schlusse in sich steigernder Spannung zu erhalten. Wir können die Anschaffung dieses Werkes auf das Beste empfehlen,

A b e l m a n n.

Dr. **O s k a r B r i e g e r**: Klinische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1896.

Die vorliegenden Mittheilungen aus der Abtheilung für Ohrenkranke im Allerheiligen-Hospital zu Breslau umfassen die Beobachtungen und Erfahrungen, welche vom Verfasser in den ersten zwei Jahren des Bestehens der Anstalt gewonnen wurden. Während dieser Zeit wurden 492 Kranke stationär und 3443 Personen poliklinisch behandelt; das Beobachtungsmaterial ist also als ein sehr grosses zu bezeichnen. An Stelle eines kurzen statistischen Berichts, giebt uns Verfasser in den vorliegenden Beiträgen eine hoch interessante wissenschaftliche und kritische Beleuchtung der wichtigsten Beobachtungen und Untersuchungen, welche sich während der beiden Berichtsjahre (1892—1894) ergaben. Die sorgfältige Zusammenstellung der einschlägigen Literatur, die zahlreichen und recht ausführlichen Krankengeschichten geben auch dem Nicht-Specialisten die Möglichkeit sich leicht über den gegenwärtigen Stand dieser oder jener Streitfrage auf dem Gebiete der modernen Ohrenheilkunde zu orientiren. An der Hand dieser Krankengeschichten bespricht Verfasser mit objectiver Ruhe die Arbeiten und Ansichten anderer Autoren, seine eigenen Ansichten tragen den Stempel der Originalität und wird daher auch der mit der Behandlung Ohrenkranker sich näher beschäftigende Arzt das Buch mit grossem Interesse und vielem Nutzen lesen. Auch im Punkte der Therapie geben die Beiträge manch guten Wink für die tägliche Praxis. Wir können daher dieselben nur bestens empfehlen.

A. S a c h e r.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. **M a x i m i l i a n B r e s g e n** in Frankfurt a. M. Verlag von K. Marhold, Halle a. S.

In den Abhandlungen dieser Sammlung, deren jedes einzelne Heft ein in sich abgeschlossenes Ganzes bildet werden hauptsächlich allgemein-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt Sie sind nämlich dazu bestimmt, die innigen Beziehungen der Nasen-, Ohren- und Rachenkrankheiten zum ganzen Organismus aufzusuchen und klar zu legen. Der Nutzen solcher Abhandlungen ist nicht nur für den Specialisten, sondern für jeden Arzt, ohne Weiteres einleuchtend. Es liegen uns jetzt die achte und neunte Nummer derselben vor. In der ersteren bespricht Dr. **F l a t a u** in Berlin die Sprachgebrechen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege, in letzterer erörtert Dr. **R é t h i** die örtlichen und allgemeinen Beziehungen der Verbildungen der Nasenscheidewand. Die Sprachstörungen des jugendlichen Alters sind so mannigfaltig, die zahlreichen Folgeerscheinungen der Verbildungen der Nasenscheidewand haben einen so grossen Einfluss auf den ganzen Organismus, dass wenigstens die Kenntniss derselben für jeden Arzt sehr wichtig ist. So sehr die Behandlung dieser Leiden eine specialistische Ausbildung erfordert, wird doch immer das grosse Verdienst des praktischen Arztes darin bestehen, dass er den Kranken und seine Umgebung frühzeitig auf das bestehende Leiden aufmerksam macht. Dazu bedarf es aber der näheren Kenntnisse derselben.

A. S a c h e r.

Vermischtes.

— Die **G e s a m m t z a h l d e r K r a n k e n i n d e n C i v i l h o s p i t ä l e r n S t. P e t e r s b u r g s** betrug am 15. Juni d. J. 7423 (70 wen. als in d. Vorw.), darunter 895 Typhus — (18 wen.), 669 Syphilis — (4 wenig.), 152 Scharlach — (10 wenig.), 72 Diphtherie — (11 wen.), 73 Masern — (8 wen.) und 61 Pockenkranke — (15 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. Juni bis 15. Juni 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
394	288	682	161	65	115	16	6	31	66	52	45	48	41	[illegible]	7	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 6, Masern 14, Scharlach 20, Diphtherie 22, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 130, Todtgeborene 32.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 22 Іюня 1896 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, (11. Juli) 29. Juni 1896

Alexia subcorticalis (Wernicke.)

Beitrag zur Kenntniss der Alexie, Agraphie, Dyslexie, optischen Aphasie und Seelenblindheit.

Von

Dr. med. H. Higier (Warschau.)

Aus der Nervenabtheilung des Warschauer Israelitenhospitals und aus der Privatpraxis.

(Schluss).

Wir kommen nun am Schlusse zur Besprechung der Agraphie unserer beiden Patienten. Im ersten Falle, wo es sich um einen sehr wenig im Schreiben geübten P. handelt, ging das Schreibvermögen ziemlich rasch verloren. Wir finden schon im zweiten Stadium der Krankheit, wo das laute Lesen zwar schon unmöglich, das Erkennen der Buchstaben und Worte noch intact war, eine beinahe gänzliche Unmöglichkeit spontan und nach Dictando zu schreiben. Die ersten 2 Buchstaben seines Familiennamens schreibt er noch gut, den fehlenden Theil des Namens sagt er sich wiederholt vor, vermag es aber nicht zu schreiben. Mangelhaftes Nachschreiben war zu jener Zeit noch möglich, ging jedoch kurz darauf ebenfalls verloren. Die totale Agraphie ist unserer Meinung nach theils durch den Bildungsgrad des P. zu erklären, theils auf die intensive Allgemeinwirkung der vermuthlich gummösen Neubildung zurückzuführen. Unser Fall entspricht in Bezug auf die agraphische Störung durchaus nicht dem typischen Bilde der subcorticalen Alexie, bei dem das Spontan- und Dictandoschreiben erhalten zu bleiben pflegt.

Ganz anders verhält sich dagegen die Agraphie in unserem 2. Falle. Trotzdem der letztere in ganz atypischer Weise mit Dyslexie begann, ging er in die typische subcorticale Alexie über, wie sie von Wernicke geschildert wurde: das spontane und Dictandoschreiben blieb dem Kranken erhalten, das Copiren war entweder unmöglich oder bestand in einem Nachzeichnen. Dass das Copiren gleichsam ein blosses Nachzeichnen der Buchstaben war, beweist die Thatsache, dass das Umsetzen von gedruckten Buchstaben in geschriebene, wozu ein Verstehen der Vorlage nöthig ist, entweder ganz unausführbar war oder in einer Nachahmung der Druckschrift bestand. Die nachgezeichneten Buchstaben konnte P. selbst nur im Momente des Schreibens lesen. Das Erkennen geschriebener Buchstaben konnte trotz completer Alexie durch die Zuhilfenahme der Schreibbewegungsvorstellungen ohne Weiteres ausgelöst werden. Machte der P. beim Schreiben einen Fehler, so war er infolge der Alexie nie im Stande denselben zu corrigiren. In wie fern die Alexie beim Schreiben störend sein kann, illustrirt der bekannte Patient Batterhams[32]), der, wenn er beim Schreiben unterbrochen wurde, sich das bereits Geschriebene erst wieder vorlesen lassen musste, ehe er weiterschreiben konnte.

Von den in der Literatur niedergelegten Fällen entsprechen unserer 1. Beobachtung nur 1 Fall von Déjérine und 2 von Sérieux. Mit der 2. Beobachtung stimmen die Fälle von Uthoff, Adler, Monakow, Déjérine, Mierzejewski, Berkhan, Bruns, Redlich überein. Ueber das Schreibendlesen ist bei Monakow und Mierzejewski nichts gesagt, im Falle Berkhan, Bruns und Redlich fehlte dasselbe, in den übrigen war es vorhanden. Wo allgemeine Intelligenzherabsetzung, Gedächtnissschwäche und rasch eintredende psychische Ermüdbarkeit in Scene treten, dort misslingt in der Regel der Versuch mit dem Schreibendlesen.

Wie lässt sich das erhaltene Spontan- und Dictatschreiben in der Mehrzahl der Fälle von subcorticaler Alexie erklären? Am nächsten liegt es, wie wir bei der Erklärung der Alexie vermutheten, an eine partielle Störung beider Sehsphären (aufgehobene Perception bei erhaltenen optischen Erinnerungsbildern) mit intacter Leitungsbahn zwischen den visuellen und acustischen Centren zu denken. Goldscheider stellt sich nämlich die Läsion derart vor, dass die Perception durch Ausfall mancher nicht näher discutirbarer Elemente der Rinde partiell gestört

ist, während die intracentralen Verbindungsbahnen normal functioniren, so dass die optischen Erinnerungsbilder beim Schreiben ausgelöst werden können, während die Betrachtung der Schriftzeichen fremdartige Eindrücke giebt.

Diese Annahme findet jedoch in manchen Fällen von subcorticaler Alexie an dem anatomischen Befunde keine Stütze, speciell in denjenigen, unten näher zu besprechenden Fällen, wo das optische Centrum einerseits, ja sogar beiderseits intact gefunden wurde und die alectisch-agraphische Störung einzig und allein durch eine Bahnunterbrechung zwischen optischem und Wortklangcentrum bedingt war.

Eine weitere Erklärung, von der mehrere Autoren (Müller) Gebrauch machen, beruht auf der Annahme, dass die im intacten rechten Occipitallappen vorhandenen optischen Erinnerungsbilder mit dem im linken Occipitallappen gelegenen Centrum der Klangbilder nicht mehr identificirt werden (aufgehobenes Lesen), dagegen mit den Centren für die motorischen Bewegungen des Schreibens in Association treten können (erhaltenes Schreiben). Es wird somit vorausgesetzt Erhaltensein sowohl des rechten Occipitallappens, d. h. der optischen Erinnerungsbilder der Buchstaben als der im Balken verlaufenden Associationsbahn vom rechten Occipitallappen zur linken Centralwindung. Wir werden jedoch bei der Besprechung des Mechanismus des Schreibens gleich sehen, dass das Erhaltenbleiben der optischen Vorstellung von den Buchstabenzeichen beim Schreiben keineswegs unentbehrlich ist, dass somit die besprochene Theorie allgemeine Gültigkeit nicht beanspruchen kann.

Déjérine hat in ganz einfacher, jedoch weder pathologisch-anatomisch strict bewiesener, noch psychologisch zulässiger Weise die partielle Agraphie folgendermaassen zu erklären versucht. Er nimmt zunächst — Wilbrand's Ansichten über die Seelenblindheit folgend — ausser dem gewöhnlichen, auf der Medianfläche des Hinterhauptlappens localisirten optischen Centrum ein specielles Centrum an, in dem die optischen Erinnerungsbilder der Buchstaben deponirt sein sollen. Letzteres Centrum verlegt er nach Untersuchungen eines eigenen Falles, sowie der Fälle von Berkhan und Sérieux in den linken Gyrus angularis und lässt es in Verbindung stehen einerseits mit beiden optischen Centren, andererseits mit dem acustischen und motorischen Sprachcentrum, resp. dem motorischen Centrum der Hand. Ist nun dieses Centrum in der Angularwindung zerstört, dann ist das Lesen unmöglich, weil die optischen Eindrücke wohl nach dem Buchstaben-Erinnerungscentrum geleitet werden, dort aber nicht weiter verarbeitet werden können; es ist aber auch das Schreiben unmöglich, weil die visuellen Erinnerungsbilder der Buchstaben, die im G. angularis deponirt und die zum Schreiben nothwendig sein sollen, verloren gegangen sind, d. h. es besteht Cécité verbale avec agraphie. Ist die Angularwindung selbst intact, die Leitungsbahnen aber aus den beiden optischen Centren, dahin unterbrochen, dann entsteht Cécité verbale pure, wo das Lesen unmöglich, das Schreiben aber erhalten ist. Das Buchstabenbildcentrum kann in letzterem Falle, d. h. bei der reinen Wortblindheit durch einen optischen Reiz nicht in Thätigkeit gebracht werden, dagegen kann es thätig werden: durch eine willkürliche Reizung, wie es beim spontanen Schreiben, durch einen acustischen Reiz, wie es beim Dictandoschreiben vor sich geht, oder schliesslich durch die Bewegungsgefühle, wie es beim passiven Zeichnen der Buchstaben in der Luft der Fall ist. Die erste Déjérine-sche Varietät wäre mithin Folge einer corticalen, die letztere — die viel häufigere — Folge einer Leitungsstörung.

Gegen die Déjérine'sche, in Frankreich ziemlich verbreitete in Deutschland neuerdings von Ziehen[33]) adoptirte, ihrer Einfachheit wegen sehr verlockende Hypothese lassen sich jedoch manche gewichtige Bedenken erheben. Zunächst sind jene Fälle, die Déjérine als anatomische Stütze seiner Ansicht aufführt, nicht ohne weiteres in dieser Richtung zu verwerthen: weder die ungenügend beschriebenen Fälle von Berkhan und Sérieux noch der eingehend untersuchte Fall von Déjérine und Vialet. Redlich, der diese Beobachtungen einer Kritik zu unterwerfen suchte, weist an seinem Falle und an einer Beobachtung Wernicke's nach, dass eine tiefgreifende subcorticale Erweichung in der Gegend des G. angularis durch die Zerstörung der Sehstrahlung, des unteren Längsbündels, des Tapetums Symptome hervorruft, die fälschlicherweise der Angularwindung selbst zugeschrieben werden. Subcorticale Heerde können somit unzweifelhaft Symptome der corticalen Alexie liefern.

Weiterhin ist die principielle Annahme Déjérine's über die Bedeutung der linken Angularwindung als optischen Buchstabenerinnerungscentrums unbewiesen und physiologisch-psychologisch schwer annehmbar. Die Voraussetzung distincter Wahrnehmungs- und Erinnerungscentren muss, wie wir sahen, bei consequenter Ausführung zur Annahme eines speciellen Zahlencentrums führen, da ja die Zahlen mitunter sich ganz anders verhalten als Buchstaben. Zu solchen psychologisch unannehmbaren Deductionen sind thatsächlich Wilbrand, der Urheber dieser Richtung, und mehrere andere Kliniker behufs Erklärung der Seelenblindheit veranlasst worden. Wilbrand postulirt z. B. relativ gesonderte Zellenhaufen im optischen Wahrnehmungsgebiete für die Farbenempfindung, andere, welche die Auffassung der Form vermitteln, wieder andere für Helligkeitsdifferenzen; er schachtelt jedes Erinnerungsbild in eine Zelle ein und spricht davon, dass die Erinnerungsbilder der Schrift- und Druckzeichen der Muttersprache in centralen, die fremden Sprachen in peripheren Gebieten des Erinnerungscentrums liegen u. s. w. Dass man in dieser Richtung noch weiter ging und von Toncentren, Buchstabenfügungscentren sprach, wurde schon oben erwähnt.

Viel näher der Wahrheit wird wohl in dieser Hinsicht die Ansicht Wernicke's stehen, der die meisten deutschen Autoren folgen, dass das Schriftbildcentrum beiderseitig vorhanden und mit der Rindenausbreitung des Opticus überhaupt identisch ist. Das optische Erinnerungsbild der Buchstaben ist eine innerhalb des optischen Centrums, resp. unter Mitwirkung der Augenmuskelncentren vor sich gehende sehr complicirte Associationsleistung, die uns in ihrem Wesen freilich noch nicht klar ist. Seine Bedeutung als Element der Sprache erhält der Buchstabe aber erst durch die Association eines optischen Bildes mit dem eigentlichen Sprachgebiete. Noch mehr gilt das natürlich vom Wort.

Endlich ist noch die Bastian'sche Theorie zu erwähnen, die das visuelle Moment im Schreibprocesse zu umgehen sucht, indem sie einen strengen Unterschied zwischen dem Schreiben der schreibgewandten und der wenig geübten Personen macht. Beobachtet man den Mechanismus des Schreibens am schreibenlernenden Kinde, so überzeugt man sich leicht, dass es zunächst die Vorlage ganz blind nachzeichnet, das Vorgeschriebene bloss copirt. Dieser optisch-motorische Vorgang ist somit möglich, ohne dass im betreffenden Kinde im Mindesten ein Lautgebilde entsteht oder ein Verständniss des Wortes rege wird. Sind dem Kinde die Schriftbilder geläufig, so fängt es an spontan zu schreiben. Die Spontanschrift geschieht bei ihm derart, dass zunächst das Bild des Buchstabens resp. des Wortes in ihm auftaucht und dann gleichsam nachgezeichnet wird. Beim Dictan-

doschreiben findet die Aufnahme des Reizes im acustischen Gebiet statt und wird in Bewegungen umgesetzt, die etwas optisches, nämlich sichtbare Zeichen hervorbringen. Man hat nun offenbar im Hinblick auf diesen optischen Effect angenommen, dass auch innerlich bei dem Akt des Schreibens eine Vorstellung von Buchstabenzeichen sein müsse. Dies ist aber durchaus nicht nothwendig. Je gewandter das gegebene Individuum im Schreiben wird, desto mehr kommen ihm neben dem optischen Gedächtniss auch andere Mittel beim spontanen Schreiben zu Hilfe. Das Schreiben als motorischer Akt hinterlässt vielfache Empfindungen von der wiederholt ausgeführten Bewegung, die theils dem Gebiete des Gelenk- und Muskelsinnes theils dem Gebiete des Widerstand- und Drucksinnes angehören (Bastian, Goldscheider). Je schreibgewandter das Individuum, desto lieber macht es, zur richtigen Coordination der Schreibbewegungen, von diesen sog. cheirokinästhetischen Empfindungen Gebrauch. Es ist somit nicht undenkbar, dass der schreibgewandte Alectiker unter Umständen allein durch diese Empfindungen, ohne optische Erinnerungsbilder das Schreiben auszuführen im Stande ist, dass das in ihm auftauchende Wort durch Bewegungsempfindungen allein niedergeschrieben werden kann.

Diese von Bastian vertheidigte Hypothese zieht eben Redlich für seinen gebildeten Alectiker in Betracht, der, trotz der zerstörten Leitungsbahn zwischen dem optischen und Sprachgebiet der Rinde, spontan und nach Dictando gut schreiben konnte. Er weist mit Recht auf analoge Aeusserungen Souque's und Pitre's[54]) hin. Freud nimmt ebenfalls an, dass man direct von den Klangbildern mit Hilfe der Innervationsgefühle und Bewegungsempfindungen zu schreiben im Stande ist, mit Uebergehung der visuellen Elemente.

Mit dieser Annahme verliert selbstverständlich die Wernicke'sche corticale und subcorticale Alexie ihre wesentlichsten Differenzpunkte, ebenso wie die Déjérine-sche Wortblindheit mit und ohne Agraphie: beide Varietäten würden somit eine von der anatomischen Läsion unabhängige, durch rein individuelle Verschiedenheiten bedingte Variante desselben Krankheitsbildes darstellen. Im Allgemeinen wird man wohl sagen können, dass die Agraphie sich bei gebildeten, schreibgewandten Personen viel seltener einstellen wird, als bei ungebildeten, meist dem Typus der «visuels» angehörenden, d. h. ausschliesslich oder vorwiegend auf das optische Gedächtniss verwiesenen Personen.

Es sei anhangsweise bemerkt, dass mein erster P. ein im Schreiben wenig gewandter Mann, total agraphisch wurde, der zweite mehr gebildete Herr, mit Alexie ohne Agraphie behaftet war. Souques Patient mit subcorticaler Alexie und Agraphie war ein ungebildeter Drechsler. Redlich's P. mit subcorticaler Alexie ohne Agraphie war Schreiber einer Versicherungsanstalt, Déjérine's Kranker mit Cécité verbale avec agraphie war Erdarbeiter, sein zweiter P. mit reiner Wortblindheit war eine hochgebildete Person u. s. f.

Auf diejenigen Theorien, denen ein specisches «motorisches Schreibcentrum» in der 2. Frontalwindung zu Grunde gelegt wird (Exner, Charcot, Pitres) gehe ich nicht näher ein, da ihre fundamentale Voraussetzung principiell falsch zu sein scheint.

Schon Wernicke hat darauf hingewiesen, dass man nicht blos mit der Hand, sondern mit den verschiedensten Körpertheilen — Fuss, Oberarm, Mund, Nase — schreiben kann. Man kann das vermeintliche Schreibcentrum selbst in das Gehirn eines Pferdes verlegen, wenn man in der Reitbahn Buchstaben abreitet — ironisirt über dieses Thema Sahli[55]). Was in den Schemata als motorisches Schreibcentrum — im Gegensatz zum sensorischen — bezeichnet wird, stellt lediglich den centralen Innervationsbezirk derjenigen Muskelgruppen dar, welche bei der usuellen Art des Schreibens mit der rechten Hand in Thätigkeit gesetzt werden. Uebrigens ist noch von Niemandem, was Pitres in seinem letzten Referate selbst zugiebt, ein Fall von reiner motorischer Agraphie beobachtet worden. Die meisten, als solche veröffentlichten Beobachtungen sind mit Recht bezweifelt worden.

Wie verhält es sich mit den pathologisch-anatomischen Befunden in den zur Obduction gekommenen Fällen von subcorticaler Alexie? Bei dem typischen Bilde der Wernicke'schen subcorticalen Alexie — rechtseitige Hemianopsie, Alexie, partielle Agraphie — haben wir zu erwarten:

1) eine, die Hemianopsie verursachende Unterbrechung der Leitung optischer Erregung nach der linken Hemisphäre, somit eine Läsion der l. Fissura calcarina resp. der l. Gratiolet'schen Sehstrahlung.

2) eine Hemmung in der Ueberleitung optischer Erregungen von der intacten rechten Sehsphäre zur linken, somit eine Läsion des Forceps[1]), der beide Sehsphären mit einander verbindet.

3) eine Zerstörung der Verbindung zwischen dem linken optischen Centrum, der die Seherregungen empfängt, und dem linken Schläfelappen, der das Hörfeld der Sprache birgt, somit eine Läsion des mächtigen Associationsbündels, des Fasciculus longitudinalis inferior sinister.

4) eine Unterbrechung der Leitung vom rechten Sehcentrum nach dem linken Schläfelappen, somit eine Zerstörung des Splenium corporis callosi und des Tapetums, da bekanntlich (Sachs) die genannte Bahn vom r. Sehcentrum durch den r. Forceps nach dem Splenium des Balkens und von hier durch das l. Tapetum nach dem l. Schläfelappen führt. Die, die vorderen Balkenpartien durchlaufende Verbindungsbahn zwischen dem r. optischen Centrum und den l. articulatorischen Feldern kann bei der subcorticalen Alexie intact bleiben, da das Lesen nicht direct auf dieser Bahn, sondern vermuthlich auf dem Wege durch das temporale Wortklangcentrum zu Stande kommt, indem beim lauten Lesen das optische Bild zunächst das entsprechende acustische Klangbild erregt.

Sehen wir uns die ziemlich spärlichen, von Redlich gewissenhaft zusammengestellten Obductionsbefunde an, so finden wir in der That die theoretisch aufgestellten Postulate durch den Destructionsprocess verwirklicht. Schliesst man diejenigen, wenig verwerthbaren Fälle aus, wo die Läsionen am Hirn sehr ausgedehnt, resp. durch multiple Neubildungen oder durch Tumoren von beträchtlichem Umfange bedingt waren (Fälle von Henschen, Sammelsohn[56]), Bernheim, Freund[57]), Weissenberg, Müller, Bruns), so bleiben noch 9 Fälle übrig, in denen sich streng umschriebene Erweichungen mit secundären Degenerationen vorfanden (Fälle von Broadbent[58]), Magnan[59]), Wilbrand, Reinhard[59]), Bruns-Stöltling, Bianchi, Monakow, Déjérine-Vialet, Redlich). Darunter sind nur die 3 letzterwähnten Fälle mikroskopisch auf's genaueste untersucht und deshalb am werthvollsten. Aus diesen Befunden lässt sich Folgendes entnehmen: stets findet man einen Heerd in der linken Hemisphäre, und zwar entweder an der medialen Fläche, im Gebiete der Fissura calcarina und des Cuneus, oder an der Convexität, am Uebergange des Hinterhauptlappens zum Schläfelappen, speciell in der Gegend des Gyrus an-

[1]) Unter «Forceps» verstehen wir mit Sachs die Balkenfaserung des Hinterhauptlappens incl. des sog. Tapetums des Hinterhorns.

gularis. Die Erweichung an der Angularwindung erstreckt sich in der Regel in die Tiefe des Markes, die Sehstrahlung afficirend, bis an den Ventrikel, wo sie die den letzteren umkleidenden Markmassen mit in den Process einzieht. Am meisten und häufigsten sind die das Hinterhorn und theilweise auch das Unterhorn umgebenden Markhüllen afficirt: die Forcepsstrahlung des Balkens, das Balkentapetum und der Fasciculus longitudinalis inferior. Vom Balken wird degenerirt gefunden sein hinterster Abschnitt: das Splenium (Monakow, Redlich).

Sieht man sich die anatomischen Verhältnisse der besprochenen Gebilde etwas näher an, so lassen sich manche, scheinbar unverständliche Thatsachen aus dem klinischen Symptomencomplexe der Wernicke'schen Alexie ohne Weiteres erklären. Eine streng umschriebene Affection im linken Occipitallappen wird Hemianopsie, jedoch nie Alexie hervorrufen, solange das mächtige Associations- und Commissurensystem des Balken-Spleniums nicht mitafficirt ist. Tumoren des Hinterhauptlappens, die ja leicht eine Fernwirkung auf den Balken ausüben, erzeugen daher leicht neben der Hemianopsie Alexie als constantes oder vorübergehendes Symptom. An zweiter Stelle ist die Obliteration der Arteria cerebri post. prof. zu nennen, die sowohl die optischen Centren als das Splenium corporis callosi mit Blut versorgt. Bei der Nähe, in der die Sehstrahlung zum Fasciculus longitud. inf. und der Balken-Tapetumstrahlung liegt, wird verständlich das ausserordentliche seltene Vorkommen der subcorticalen Alexie ohne hemianopische Gesichtsfeldstörungen.

Schlusssätze:

1) Das typische Bild der «subcorticalen Wernicke-schen Alexie» entwickelt sich gelegentlich stufenweise, allmählich. Als Vorläufer, die die complete Alexie vorhersagen lassen, sind manche sehr eigenthümliche Symptomencomplexe beachtenswerth (Fall I und II).

2) Als ziemlich seltene und interessante diesbezügliche Symptomencomplexe sind einerseits die sog. «Dyslexie» zu nennen (Fall II), andererseits die von uns als «verbale optische Aphasie» genannte Lesestörung (Fall I).

3) Bei der äusserst seltenen «verbalen optischen Aphasie» ist trotz des vorhandenen Verständnisses das Lesevermögen aufgehoben (Fall I); bei der ebenfalls seltenen «psychischen Wortblindheit» (Déjérine-Brissaud) ist dagegen das Lesevermögen erhalten trotz des fehlenden Verständnisses; bei der gewöhnlichen Alexie fehlt sowohl das Wortverständniss als das Lesevermögen (Fall II).

4) Es giebt unzweifelhafte, zwar sehr seltene Fälle von subcorticaler Alexie ohne gleichseitige homonyme Hemianopsie. Die Häufigkeit der rechtsseitigen hemianopischen Gesichtsfeldstörungen ist anatomisch aus der Nähe zu erklären, in der die Sehstrahlung zum unteren Längsbündel und der Balken-Tapetumstrahlung liegt.

5) Die rechtsseitige Hemianopsie ist an und für sich nicht im Stande Alexie hervorzurufen, wie man sich am besten an Kranken überzeugen kann, die neben einer europäischen Sprache die hebräische Schrift beherrschen, die von rechts nach links gelesen wird (Fall I).

6) Es giebt «Seelenblinde», bei denen das Lese- und Schreibevermögen erhalten ist und die gewöhnlichen Anomalien des Sehapparates fehlen (Einengung des Gesichtsfeldes, Farbensinnstörung, Herabsetzung der Sehschärfe).

7) Störungen in der Orientirungsfähigkeit resp. des topographischen Sinnes können zurückbleiben, nachdem alle Symptome der Seelenblindheit gänzlich geschwunden sind (Fall II).

8) Der, mit unserer Beobachtung (I) mehrere gemeinschaftliche Züge besitzende klassische Fall von Leube erfordert eine andere Erklärung der Alexie, als die ihm Leube gab.

9) Mit Recht betont Goldscheider, dass beim Akte des Lesens die Entstehung der acustischen Errinnerungsbilder noch nicht ohne Weiteres das Vermögen, auf die Auslösung der motorischen Impulse zu wirken, in sich schliesst. Soll die acustische Erinnerungs-Vorstellung geordnete motorische Impulse hervorrufen, so muss sie eine grössere Deutlichkeit, Lebhaftigkeit und Continuität haben, als es für die blosse Erregung des begrifflichen Verständnisses nothwendig ist (Fall I.).

10) Die frühere Definition der «Dyslexie» schloss in sich nur eine einzelne Componente des ziemlich complicirten Symptomencomplexes: die, an das intermittirende Hinken erinnernde intermittirende, oder periodische Alexie. Neben der letzteren sind regelmässig zu finden: das sog. Paraphrasiren einzelner Lautgebilde, das Festhalten mancher normal erfasster Worte und das wechselnde Prävaliren bestimmter Silben und Worte (Fall II.).

11) Unter den verschiedenen Hypothesen, die die einzelnen Varietäten der Alexie (A. verbalis, litteralis) zu erklären suchen, ist die Bruns-Stöltling'sche mit den späteren Modificationen Bruns' die befriedigendste.

12) Die Theorie Wernicke's, dass das Schriftbildcentrum beiderseitig vorhanden und mit der Rindenausbreitung des Opticus identisch sei, bedeutet einen grossen Fortschritt in der Alexie-Frage, erklärt jedoch nicht genügend die verschiedenen Varietäten der Agraphie. Näher der Wahrheit scheint die Bastian'sche, von Freud und Goldscheider gestützte Hypothese zu sein, die neben dem visuellen Momente die cheirokinästhetischen Empfindungen beim Schreibprocesse in Betracht zieht. Nebenbei müssen auch. worauf Charcot aufmerksam machte, die individuellen Eigenthümlichkeiten der Alectiker unbedingt in Erwägung gezogen werden. (Fall I und II.)

13) Sowohl die anatomische Eintheilung der Alexie in corticale, subcorticale und transcorticale, als die klinische Gruppirung in «cécité vérbale pure» und «cécité vérbale avec agraphie» sind praktisch und thoretisch undurchführbar. (Fall I und II.)

Literaturverzeichniss.

1) Monakow. Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die optischen Centren u. Bahnen. Arch. f. Psych. Bd. XXIII.

2) Mierzejewski. Petersb. psychol. Gesellsch. 1890, Ref. Neur. Ctb. 1890.

3) Uthoff. Ein Fall von Alexie. Neur. Ctb. 1890.

4) Adler. Ein Fall von subcorticaler Alexie. Berlin. klin. Woch. 1890.

5) Moëli. Ueber Aphasie bei Wahrnehmung der Gegenstände durch das Gesicht. Berl. klin. Woch. 1890.

6) Williams. British. med. Journ. 1890. Ref. Neur. Ctb. 1891.

7) Weissenberg. Ein Beitrag zur Lehre von den Lesestörungen auf Grundlage eines Falles von Dyslexie. Arch. für Psych. Bd. XXII. 1891.

8) Lissauer. Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. Arch. für Psych. Bd. XXI.

9) Müller. Ein Beitrag zur Kenntniss der Seelenblindheit. Arch. für Psych. Bd. XXIV.

10) Déjérine. Contribution à l'étude anatom.-pathol. et clinique de cécité verbale. Soc. de Biol. 27./II. 1892.

11) Berkhan. Ein Fall von subcorticaler Alexie. Arch. für Psych. Bd XXIII.

12) Henschen. Klinische und anatomische Beiträge zur Pathol. des Gehirns. 3 Bände. 1890, 1892, 1895.

13) Vialet. Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intracérébral. Thèse de Paris 1893.

14) Bruns und Stöltling. Ein Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie. Neurol. Centralblatt 1888.

15) Bleuler. Ein Fall von aphasischen Symptomen, Hemianopsie, Farbenblindheit und Seelenlähmung. Arch fur Psych. Bd. XXV.

16) Lossen. Ueber zwei Fälle von Aphasie. Arch. für Psych. Bd. XXV.

17) Zenner. Ein Fall von Unfähigkeit zu lesen. Neur. Ctb. 1893.

18) Lanz. Ein Fall von tiefem Hirnabscess, Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. 1893.

19) Souques. A propos d'un cas d'agraphie sensorielle. Revue neurol. 1894.

20) Bruns. Ein neuer Fall von Alexie mit rechtsseitiger Hemianopsie. Neur. Ctb. 1894.

21) Bianchi. Klinische und patolog.-anatom. Beiträge zur Lehre von der Wortblindheit. Berliner klinische Woch. 1894.

22) Redlich. Ueber die sog. subcorticale Alexie. Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystem Prof. Obersteiner's. 1895. H. III.

23) Jolly. Syphilis und Aphasie. Neur. Ctb. 1894.

24) Brasch. Frühsyphilitisches Hirnleiden. Neurol. Centralbl. 1896.

25) Bernheim. Contribution à l'étude de l'aphasie. de la cécité psychique de choses. Rév. de Méd. 1885.

26) Benett. British med. Journal. 1888. Ref. Neur. Ctb. 1888.

27) Sérieux. Note sur un cas de cécité verbale avec agraphie. Soc. de Biol. 16/I. 1892.

28) Lannois et Tournier. Cécité verbale sans cécité litterale et sans hemianopsie. Rév. de Méd. 1896.

Vgl. Roux. Des rapports de l'hemianopsie latérale droite et de la cécité verbale. Thése de Lyon. 1895.

29) Pick. Beiträge zur Lehre von der Aphasie. Arch. für Psych. Bd. XXIII.

30) Freud. Zur Auffassung der Aphasien. Wien 1893.

31) Wilbrand. Die Seelenblindheit. Wiesbaden. 1887.

Vgl. Wilbrand. Die hemianopischen Gesichtsfeldformen und das optische Wahrnehmungscentrum. Wiesbaden 1890.

32) s. Ballet. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie. Paris 1892.

33) Groenouw. Doppelseitige Hemianopsie. Arch. f. Psych. 1892.

34) Rieger. Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung cit. nach H. Gossen N. 16.

35) Bernheim. Contribution à l'étude des aphasies. Rev. d. Mèd. 1891.

36) Kussmaul. Die Störungen der Sprache. Leipzig, 1877.

37) Sommer. Die Dyslexie als functionelle Störung. Arch. f. Psych. Bd. XXV.

38) Grashey. Ueber Aphasie und ihre Beziehung zur Wahrnehmung. Arch. f. Psych. Bd. XVI.

39) Wernicke. Die neueren Arbeiten über Aphasie. Fortschr. d. Med. 1886.

40) Löwenfeld. Ueber zwei Fälle von amnestischer Aphasie. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1891. Bd. II. H. 1.

41) Goldscheider und Müller. Zur Physiologie und Pathologie des Lesens. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIII. H. 1.

42) Goldscheider. Ueber centrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berl. klin. Woch. 1892.

43) Sachs. Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau, 1893.

44) Déjérine. Progres médical. 1880. cit. nach Pick. Nr. 46.

45) Brissaud. Aphasie. Traité de Méd. Bd. VI. p. 112.

46) Pick. Neue Beiträge zur Pathologie der Sprache. Arch. f. Psych. 1896.

47) Bastian. Das Gehirn als Organ der Seele. cit. nach Goldscheider. Nr. 42.

48) Leube. Ueber eine eigenthümliche Form der Alexie. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVIII. H. 1.

49) Berlin. Eine besondere Art der Wortblindheit (Dyslexie). 1887.

50) Nieden. Fall von Dyslexie mit Sectionsbefund. Neur. Ctb. 1886.

51) Pick. Zur Lehre von der Dyslexie. Neur. Ctb. 1891.

52) Batterham. Note on a case of amnesia. Brain 1888. Ref. Neur. Ctb 1888.

53) Ziehen. Aphasie. Eulenburgs Realencyclop. III. Auflage.

54) Pitres. Aphasie. Sémaine médicale 1894.

55) Sahli. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 1894 p. 602.

56) Sammelsohn. Berl. klin. Woch. 1882.

57) Freund. Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit. Arch. f. Psych. Bd. XX.

58) Broadbent, Magnan. cit. nach Redlich. Nr. 22.

59. Reinhard. Zur Frage der Hirnlocalisation. Arch. f. Psych. Bd. XVII und XVIII.

Referate.

Hermann Frey: Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung. (Mittheilungen aus Kliniken u. med. Instituten der Schweiz. IV. Reihe, Heft 1).

Die Versuche wurden mittelst des Mosso'schen Ergographen ausgeführt. Diese einem Extensionsapparate ähnelnde Vorrichtung lässt die durch Muskelzug zum Heben des Gewichtes geleistete Arbeit in Kilogrammetern angeben, indem sie die jedesmalige Hubhöhe graphisch registirt, kann die Gesammtarbeit an fortlaufenden Curven bequem abgelesen werden.

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen sind folgende:

«1. Der Genuss mässiger Quantitäten alkoholischer Getränke hat einen nachweisbaren Einfluss auf die Arbeitsleistung der Muskeln und zwar ist die Wirkung auf den nicht ermüdeten und den ermüdeten Muskel wesentlich verschieden.

2. Bei dem nicht ermüdeten Muskel verursacht der Alkohol eine Verminderung der maximalen Einzelleistungen in Folge einer Herabsetzung der peripheren Erregbarkeit des Nervensystems.

3. Beim ermüdeten Muskel steigert der mässige Alkoholgenuss die Arbeitsleistung bedeutend (Vergrösserung der Ausdauer, Ref.), indem durch den Alkoholgenuss dem Muskel neue Spannkräfte zugeführt werden. . . . .

4. Die grössere Einzelleistung nach Alkoholgenuss erreicht aber niemals diejenige des nicht ermüdeten Muskels, weil auch hier die Herabsetzung der peripheren Erregbarkeit des Nervensystems zur Geltung kommt.

5. Die ausgesprochenste Wirkung tritt schon 1—2 Minuten nach dem Genuss des Alkohols auf und hält längere Zeit an.

6. In allen Fällen hat der Alkohol eine Herabsetzung des Ermüdungsgefühles zur Folge; die Arbeit erscheint daher bedeutend leichter.

7. Bei mässigen Alkoholdosen konnten keine ungünstigen Nachwirkungen constatirt werden, welche etwa den durch den Alkohol für den ermüdeten Muskel erzielten Gewinn wieder aufgehoben hätten; bei grösseren Dosen nehmen die Lähmungserscheinungen proportional zu und treten in den Vordergrund».

Der Alkohol wirkt demnach bei der Muskelarbeit in doppelter Weise: er lähmt einerseits das Nervensystem, und zwar sowohl das centrale (Verminderung des Ermüdungsgefühls) als auch das periphere (Herabsetzung der Erregbarkeit des Muskels), andrerseits führt er dem Muskel neues Brennmaterial zu, hat also in diesem Sinne auch ernährende Eigenschaften.

Michelson.

Leusser: Ueber Carbolgangrän. (Münch. med. W. № 15).

In allen beschriebenen Beobachtungen, denen L. 3 eigene hinzufügt, wiederholt sich immer dasselbe Krankheitsbild.

Gleich nach Application der Carbolumschläge (zuweilen von 2-procentigen Lösungen) macht sich mehr oder weniger starkes Brennen der betreffenden Körperstelle bemerkbar, dem aber eine üble Bedeutung gewöhnlich nicht beigelegt wird. Dieses Brennen lässt in der Regel bald nach und an seine Stelle tritt eine gewisse Gefühllosigkeit. Einige Stunden später kommt es meist wieder zu lebhafterer Schmerzhaftigkeit und wenn dann die Patienten ihren Umschlag entfernen, machen sie mit Schrecken die Wahrnehmung, dass bereits ein mehr oder weniger grosser Theil der betreffenden Körperstelle weiss oder schon schwarzbraun, trocken und gerunzelt aussieht und auf Nadelstiche unempfindlich ist. Es ist trockener Brand eingetreten, dem oft ein ganzer Finger oder wenigstens eine Phalange zum Opfer fällt. Prädilectionsstellen für Carbolgangrän sind immer Finger und Zehen; sie schliessen sich in ihrer Empfindlichkeit für Carbolsäure dem Scrotum an. Frankenburger hat nachgewiesen, dass durch die Einwirkung der Carbolsäure auf das wiederholten Umschlägen in schwächerer oder stärkerer Concentration ausgesetzte Glied eine directe Schädigung der rothen und weissen Blutkörperchen, ein Zerfall derselben und dadurch eine Blutstase und Verstopfung der Gefässe eintritt, die das Absterben der betreffenden Körpertheile zur Folge haben. Je länger die Carbolsäure auf das lebende Gewebe einzuwirken vermag, desto tiefere Theile werden von der Thrombose ergriffen. Warum gerade immer trockene Gangrän eintritt, hat darin seinen Grund, dass die Carbolsäure eine Wasser entziehende Wirkung hat und dass ausserdem durch die macerirte Haut eine leichtere Verdunstung stattfindet. Daher erscheint es L. als das zweckmässigste, den Handverkauf der Carbolsäure-Lösungen ganz zu verbieten. Weyert.

Frickenhans: Ueber die Wirkung der Carbolätzung auf die gesunde Haut. (Münch. med. W. № 17).

Es wurden vom Autor etliche 20 Versuche am Menschen, Kaninchen und Meerschweinchen vorgenommen, wobei stets das Acidum carbolicum liquefactum als Aetzmittel benutzt wurde. Die Aetzungen wurden theils flächenförmig, theils punktförmig einmal oder wiederholt ausgeführt und das Hautstück excidirt. Es zeigte sich bei diesen Versuchen, dass das Carbol als Aetzmittel auf menschliche Haut angewandt keine bedeutende Tiefenwirkung besitzt, eben nur durch die Dicke des Epithels hindurch, und dass das direct betroffene Gewebe unter dem Bilde des trockenen Brandes der Mumification anheimfällt. Die Verschorfung umgiebt ein Hof, der mikroskopisch eine Zone abgeschwächter Wirkung und leukocytärer Einwanderung darstellt. Die Verschorfung, welche bei punktförmiger Aetzung entsteht, tritt stets in einer bestimmten Figur auf, die ein flaches Kugelsegment bildet, dessen tiefster Punkt dem Centrum der Aetzung entspricht. Diese typische Aetzfigur ist erst 24 Stunden nach ausgeführter Aetzung zu constatiren. Die Abstossung des Schorfes geschieht durch die Austrocknung desselben, durch peptische demarkirende Wirkung der Leukocyten, durch keilartige Unterschichtung proliferirenden Epithels von den Seiten und durch Nachrücken von neugebildetem Epithel von unten. Daneben kommt aber der mechanische Effect der Leukocytose zur Wirkung, indem die Leukocyten in grosser Menge in die wasserreiche basale Lage des Carbolschorfes eindringen und durch Drucksteigerung in Folge ihrer massenhaften Ansammlung eine Sprengwirkung auslösen. Die Localisation der Rissfiguren der Schorfe spricht dafür, dass eine Kraft von innen gewirkt hat. Diese mechanische Wirkung wird zeitlich der chemischen, histologischen Wirkung vorausgehen. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Chemie der Zuckerarten von Dr. Edm. O. v. Lippmann, Zuckerraffineriedirector. II. völlig umgearbeitete Auflage. Braunschweig, 1895, 1174 pp. 8º.

Die vorliegende Schrift ist in erster Auflage infolge eines Preisthemas, welches der Verein für die Rübenzuckerindustrie des Deutschen Reiches 1878 gestellt hatte, entstanden. Sie füllt eine solche fühlbare Lücke in unserer Literatur aus, dass bereits ehe sie erschien, schon vierhundert Exemplare fest bestellt waren, nämlich für sämmtliche Mitglieder des oben genannten Vereines. In der That hat die Schrift die kühnsten Erwartungen noch übertroffen. Derselbe Lippmann, welcher uns über die Küste Böhmens bei Shakespeare in so überraschender Weise aufgeklärt hat, hat uns hier durch seine unglaubliche chemische Belesenheit und seine klare Darstellungsgabe ein Nachschlagebuch geschaffen, wie es über die Zuckerarten kein Culturvolk bisher besitzt. Ist dasselbe in erster Linie auch für Chemiker geschrieben, so ist es doch auch für uns Mediciner ungemein brauchbar. Welcher Arzt interessirte sich nicht heutzutage z. B. für die Pentosen, welche schon in Dutzenden von medicinischen Arbeiten nach den verschiedensten Richtungen hin abgehandelt worden sind? Aber auch alle andern Gruppen von Zuckerarten enthalten einzelne Glieder, deren genauere Kenntniss dem Arzte in der Praxis von Nutzen sein kann. Ich gebe im Nachstehenden kurz die Disposition des Buches wieder:

Erster Theil: Monosaccharide. 1) Biosen, Triosen, Tetrosen. 2) Pentosen und Methylpentosen. 3) Hexosen und Methylhexosen. a) Aldohexosen; b) Keto-Hexosen. 4) Heptosen, Oktosen, Nonosen und Methylderivate. 5) Cyclosen (Zucker mit geschlossener Kohlenstoffkette.

Zweiter Theil: Disaccharide. 1) Derivate der Pentosen. 2) Derivate der Hexosen. 3) Derivate der Heptosen. 4) Den Zuckerarten $C_{12}H_{22}O_{11}$ verwandte und isomere Körper.

Dritter Theil: Trisaccharide. Die Raffinose und ihre Isomeren.

Vierter Theil. 1) Constitution, Configuration, und Synthese der Zuckerarten. 2) Beziehungen der optischen und calorischen Constanten. 3) Ueber die Entstehung der Zuckerarten in der Pflanze. 4) Ueber die physiologische Bedeutung der Zuckerarten.

Bis jetzt sind dem Unterzeichneten 26 Besprechungen des Werkes zu Gesichte gekommen; alle ohne Ausnahme sind voll Lobes und alle empfehlen es jedem Betheiligten aufs dringendste; ebendies möchte der Unterzeichnete den Lesern dieser Wochenschrift gegenüber thun.

Kobert.

Dr. H. Berger. Die Infectionskrankheiten. Ihre Abwehr und Unterdrückung. Verlag von Friedrich Vierweg u. Sohn. Braunschweig 1896. Preis 4 Mark.

Nicht ein klinisches und pathologisch-anatomisches Lehrbuch über die Infectionskrankheiten zu schreiben, war die Absicht des Verfassers; als viel bewährter Kreisphysikus wollte er die Leser mit den hygienischen Anforderungen bekannt machen, welche Vorbedingung zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten sind. Ohne die verschiedensten Maassregeln der Gesundheitspflege, sowohl der localen als nach der individuellen Seite hin, sowohl in öffentlicher als auch in privater Hinsicht, ist es ganz undenkbar Herr zu werden über eine bereits eingedrungene Infectionskrankheit, resp. ihr Eindringen überhaupt zu verhüten. Diesen Grundgedanken näher zu erörtern und zu entwickeln theilt der Verfasser seine Abhandlung in zwei Abschnitte ein: I. Allgemeinen Theil, in welchem Berger nach der Definition des Wortes «Infectionskrankheit» und nach der Erwähnung des heutigen Standes der Wissenschaft über das Wesen derselben, zu einer ausführlichen Betrachtung der bisher üblichen Maassregeln zu ihrer Unterdrückung übergeht. Er prüft sie auf ihre Unzulänglichkeit, resp. Wirksamkeit und bespricht darin eine Aenderung und Festsetzung der Schutzmaassregeln, wie das Gesetz sie verlangen müsste. Besonders betont Verfasser, dass das Volk einer Infectionskrankheit nicht wie einem Räthsel, gegenüber stehen sollte, sondern «dem Staate müsste das klar sein, dass es vor allen Dingen gilt, das Wesen der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege in die Seele des Volkes einzuprägen und den Sinn für gesundheitliche Dinge ebenso auszuprägen wie den Sinn für Schönheit und Licht».

Darauf kommt nun Berger auch im II. speciellen Theile stets zurück. In den einzelnen Capiteln sind die Infectionskrankheiten, jede einzeln, abgehandelt, dabei namentlich die Aetiologie, Verbreitungsweise, Art der Vorbeugung derselben und in Kürze auch die Symptome und Krankheitserscheinungen berührt worden. Dabei ist nun jedem Capitel eine «Belehrung über die betreffende Infectionskrankheit» beigefügt. Sie ist bestimmt für das Laienpublikum, welchem sie vorgelegt werden könnte, falls eine Epidemie in ein Land eingedrungen; um sowohl die Panik des Volkes zu dämpfen, als auch ihm Vorschriftsmaassregeln zu geben, die eigene Person vor Erkrankung zu hüten. Dem speciellen Theile sind Tabellen beigefügt, in denen in übersichtlicher Weise das Nothwendigste über die Infectionskrankheiten enthalten ist. Dieselben sind höchst werthvoll und practisch verfasst zur schnellen Orientirung.

Wir möchten die Hoffnung aussprechen, dass Berger's Buch allenthalben die wohlverdiente Würdigung zu Theil werden würde. Eine Verbreitung in den Kreisen all der Männer, welche über das Wohl und die Gesundheit des Volkes zu wachen haben, wäre wünschenswerth. Freilich ist es noch lange unerreichbar, das verlockende Ziel, welches uns Berger vorführt, so lange jedenfalls auch kein Fortschritt möglich, wenn allen idealeren Bestrebungen die rohe, durch Unbildung verblendete Masse entgegentritt, die es nicht verstehen will, dass man stets ihr Wohl im Auge hat.

Hecker.

Dr. S. Kirchenberger. Geschichte des k. u. k. österreichisch-ungarischen Militair-Sanitätswesens. Wien 1895.

In dem vorliegenden Werk wird als III. Heft des Handbuchs für k. u. k. Militärärzte II. Band von Dr. Paul Myrdacz bei Benutzung einer reichhaltigen Literatur, die angeführt ist, ein Lehrbuch geboten, dessen ausführlicher, gut geordneter Inhalt jedem Militärarzt, der über die Gestaltung des Sanitätswesens in den Armeen Oesterreich-Ungarns und seinen jetzigen Stand einen klaren Einblick gewinnen will, die betreffende Aufklärung bieten wird. — Verfasser behandelt in sehr umfangreichen Abschnitten die Organisation 1) Stellung und Besoldung des ärztlichen Personals; 2) Ergänzung, Aus- und Fortbildung des ärztlichen Personals; 3) Organisation, Ergänzung und Ausbildung des Sanitäts-Hilfspersonals; 4) Organisation der stabilen Militair-Sanitätsanstalten im Frieden; 5) Organisation des Sanitätsdienstes und der Sanitätsanstalten im Kriege, Feldzugsberichte, freiwillige Sanitätspflege; 6) Organisation des Militair-Medicamentenwesens. Genau auf den Inhalt einzugehen erlaubt nicht der Raum, doch halten wir es für unsere Pflicht, aus dem interessanten Inhalt einige, auch weitere Kreise interessirende Data zu erwähnen.

Die ersten Angaben über fest angestelltes ärztliches Personal bei der kaiserlichen Armee finden sich am Ende des 15. Jahrhunderts. Im 16. Jahrhundert sind Medici und Wundärzte vorhanden, die, wie in Frankreich, mit einander um den Vorrang streiten und dadurch alle Gewalt und Macht aus den Händen geben. Im Jahre 1752 erhielten die Regimentsfeldschere, denen 4—10 Feldschere zur Unterstützung beigegeben waren, den Lieutenantsrang, während den Stabschirurgen beim Hauptquartier der Hauptmannsrang ertheilt wurde. Unter dem Kaiser Joseph II, wurde an die Spitze des gesammten Militair-Sanitätswesens der Protochirurg berufen, welcher dem Hofskriegsrath angehörte und zugleich Leibchirurg der Majestät war; als Directoren des Medicinalwesens in den Provinzialhauptstädten, bezw. als Directoren in Festungs- und Invaliden-Spitälern functionirten die Stabschirurgen, sodann kamen die Regimentschirurgen, endlich die Unterchirurgen. 1802 wurde der Titel «Chirurg» durch «Arzt» ersetzt. — 1809 erfolgte aus persönlichen Gründen die Uebertragung des Referats über Sanitätsangelegenheiten im Hofkriegsrath an einen Laien — bis 1853, während bis 1809 der Oberstfeldarzt als Chef des Militair-Medicinalwesens diesen Vortrag hatte. 1853 wurde die Sanitätsverwaltung — mit ihrem Chef an der Spitze — der Militair-Administration einverleibt, während die Stabsärzte bei den Generalkommandos das wirkliche Referat erhielten. Im Jahre 1855 wurde das Militair-Sanitätskomité gegründet und die Chargen-Bezeichnungen, die noch jetzt bestehen, bestimmt. In den folgenden Jahren erschienen verschiedene Verbesserungen und Veränderungen, z. B. das Gesetz, dass «die graduirten Militairärzte in ihrer Gesammtheit ein Officiercorps» bilden (1869). Endlich 1894. 15. Juni, erfolgte die Gesetzesbestimmung, nach welcher die Militairärzte Kommandanten der Militair-Sanitätsanstalten im Frieden und Krieg wurden.

Auf die anderen, oben erwähnten Abschnitte näher einzugehen, erlaubt nicht der Raum, da dieselben das specielle Interesse der Militairärzte erregen, für Civilärzte weniger Bedeutung haben. Jedoch können wir nur Allen, die sich mit der Geschichte des österreichisch-ungarischenMilitair-Sanitätswesens näher bekannt machen wollen, das erwähnte Werk bestens empfehlen. J. G.

H. Fritsch: Die Krankheiten der Frauen. 7. Auflage. Berlin 1896. Verlag von F. Wreden.

«Die Krankheiten der Frauen», ein unter Aerzten und Studirenden weit verbreitetes Lehrbuch liegt uns in der 7. Auflage vor. Der Umfang des Buches ist derselbe geblieben, doch ist Verf. bemüht gewesen diese Auflage mit den neuen Errungenschaften der letzten zwei Jahre auf gynaecologischem Gebiet zu bereichern. Eine sehr zweckmässige Zugabe, für die Verf. mancher Leser Dank wissen wird, ist die im Anhang beigefügte Pharmacopoea gynäcologica, in der die gebräuchlichsten Medicamente für innere und äussere Anwendung in ihrer Dosirung angegeben sind.

In erster Linie soll dieses Werk ein Lehrbuch sein, diesem Zweck entsprechend ist der Stoff in überall gleichmässiger Weise systematisch bearbeitet, ohne auf brennende Fragen, die den Fachgenossen besonders interessiren, ausführlicher einzugehen. Der Text ist, wie in den früheren Auflagen, durch zahlreiche ausgezeichnete Abbildungen illustrirt, zu denen noch 4 Tafeln in Heliogravüre kommen.

Lingen.

Dr: Paul Myrdacz. Sanitätsgeschichte des Krimkrieges 1854—1856.

In formvollendeter Weise liegt diese Arbeit vor uns. In einzelnen Abschnitten werden, nachdem eine topographische Beschreibung des Kriegsschauplatzes — Dobrudscha und Halbinsel Krim — mit Beifügung von 3 Kartenskizzen die Einleitung gebildet hat, die Kriegsereignisse in einzelnen Abschnitten, die für sich Perioden des Feldzugs darstellen, geschildert, wobei stets bei Benutzung der im Anfang der Schrift angeführten Quellen eine Schilderung der Gefechte und Schlachten geboten wird und die Zahl der Verwundeten, Vermissten, Kranken und Todten angegeben wird. Es werden die Mängel des Sanitätswesens, der Verpflegung, des Krankentransports etc. nicht verschwiegen etc. etc. Zum Schlusss bespricht der Verfasser den Sanitätsdienst im Hinterlande, erwähnt die geherrscht habenden Missstände, und giebt einen Ueberblick über die Morbidität und Mortalität in den Armeen der verbündeten vier Reiche und Russlands. Hierbei werden die Krankheitsziffern betreffs der geherrscht habenden epidemischen und endemischen Krankheiten Cholera, Typhus, Scorbut, Ruhr und Erfrierungen angeführt und Verfasser bespricht in Kürze die Ursachen, durch welche die Ausbreitung der Krankheiten begünstigt wurden. — Näher auf die höchst beachtenswerthe Arbeit einzugehen, erlaubt der Raum nicht, und auch der Umstand, dass dieselbe für Militärärzte und Militairbeamte ein specielles Interesse hat. Jedenfalls aber muss die Arbeit, wenn sie Nutzen bringen soll, genau durchgearbeitet und nicht allein durchgeblättert werden, und — das Durcharbeiten derselben können wir den Herren militärärztlichen Collegen empfehlen. Ueberall bewahrt der Verfasser einen objectiven Standpunkt. J. G.

Dr. Johann Habart. Militair-Sanitätswesen vor hundert Jahren. Wien 1896.

Der Inhalt dieses Buches hat rein locales Interesse für österreichische Aerzte, die sich für die Geschichte der Entstehung der Joseph-Akademie interessiren, für weitere, resp. fremdländische Aerzte bietet der Inhalt wenig Beachtenswerthes, es sei denn, dass die Einleitung, die von Herrn Dr. Robert Ritter von Toeply verfasst ist und eine kurze Entwickelungsgeschichte der Akademie der Chirurgie in Paris als angebliches Vorbild der Joseph-Academie enthält, lesenswerth erscheint. Gr.

Киари: Техника патолого-анатомическихъ вскрытій. Uebersetzt unter Redact. von Prof. Kostjurin. St. Petersburg, Ricker. 1896.

Mit der Uebersetzung und Herausgabe der Chiari'schen Sectionstechnik hat sich Prof. Kostjurin unzweifelhaft ein grosses Verdienst um die studirenden Kreise erworben. Es bedarf keiner Empfehlung dieses Buches, welches sich durch knappe Uebersichtlichkeit und klare Darstellung und nicht zum Mindesten dadurch ausgezeichnet, dass es sich thatsächlich auch nur mit der Technik beschäftigt. Eine Reihe von Musterprotokollen dienen zur Illustration der Vorzüge einzelner empfohlener Sectionsverfahren und mehrere Abbildungen erläutern einige technische Handgriffe.

Wichert.

Hermann Eichhorst. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 5 Auflage 1895. Urban und Schwarzenberg. 2. Band.

Hiermit machen wir unsere Leser auf das Erscheinen des 2. Bandes der neuesten 5. Auflage des Eichhorst'schen Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie aufmerksam. Dieses vorzügliche Lehrbuch nimmt schon längst einen der ersten Plätze unter den Handbüchern der inneren Medicin ein. Die neue Auflage, die mehrfach verbessert und umgearbeitet ist giebt ein vorzügliches Bild des gegenwärtigen Standes der Lehre von den inneren Krankheiten. Zum Nachschlagen für den Arzt und zum Studium für den Studirenden bleibt der Eichhorst unentbehrlich. B.

Protokolle des deutschen ärztlichen Vereins

1256. Sitzung am 11. März 1896.

1. Herr Lunin hält einen Vortrag über die Spinalpunktion.

Wie bekannt, hat zuerst Quincke die Lumbalpunktion zu therapeutischen Zwecken empfohlen. Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass wir darnach streben müssen, ebenso wie bei der Punktion von Flüssigkeitsergüssen in anderen Körperhöhlen, so auch innerhalb des Schädels durch Verminderung des Flüssigkeitsdruckes die Lymphgefässe, beziehungsweise der Pacchionischen Granulationen der Hirnhäute zu entspannen und für eine Resorption zugänglich zu machen, bediente sich Quincke zu diesem Zwecke zuerst der Trepanation des Schädels. Später überzeugte sich derselbe durch eine Reihe von Experimenten

davon, dass, einige wenige Fälle ausgenommen, stets die Flüssigkeit innerhalb der Subarachnoidalräume und der Ventrikel des Gehirns mit der Flüssigkeit im Rückenmarkschlauche communicirt. Infolge dessen liess sich die Trepanation des Schädels sehr gut ersetzen durch eine Punktion des Duralsackes des Rückenmarkes. Als Indicationen für die Punktion stellt Quincke auf: die acute seröse Meningitis und die tuberkulöse Meningitis, namentlich des Kindesalters. Nach Quincke haben sich mit der Spinalpunktion besonders beschäftigt: v. Ziemssen, Naunyn, Lichtheim, Bruns, Fürbringer. Stadelmann u. A. Alle Autoren geben ihre Berechtigung zu, betonen besonders die diagnostische Bedeutung derselben, sprechen sich aber über den therapeutischen Werth der Punktion mehr oder weniger abfällig aus.

Die Menge der jeweilig bei einer Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit schwankt innerhalb weiter Grenzen zwischen einigen Tropfen und 100 Cubcm.; namentlich bei Kindern kann man nur auf relativ geringe Mengen rechnen. Die Flüssigkeit pflegt namentlich bei Hirntumoren und bei der tuberculösen Meningitis wasserklar zu sein, bei eitrigen Meningitiden kann dieselbe bald mehr bald weniger eitrig getrübt erscheinen. Das spec. Gewicht der Flüssigkeit ist ein sehr wechselndes, ebenso der Eiweissgehalt; im Allgemeinen zeigen die Transsudate z. B. bei Hirntumoren ein niedriges —, 0,08 pCt., Exsudate ein höheres 0,1—0,2 pCt., Eiweissprocent. Der Druck, unter welchem die Spinalflüssigkeit sich entleert, ist gleichfalls grossen Schwankungen unterworfen, beträgt normaliter 40—60 Millimeter Wasserhöhe, kann bis auf 800 ansteigen; jedoch weist Ricken darauf hin, dass starke Hirndruckerscheinungen bei niedrigem Spinalflüssigkeitsdrucke auf einen acuten, mässige Hirndrucksymptome in Verbindung mit hohem Spannungsdruck im Duralsack auf chronisch entstandenen Hirndruck hinweisen. Augenscheinlich tritt bei langsam zunehmendem Drucke eine Adaption der Nervenelemente an denselben ein. Wichtig ist die Untersuchung des Sediments der Punktionsflüssigkeit. Es gelingt in demselben neben zelligen Elementen Tuberkelbacillen, Streptokokken und andere Mikroben nachzuweisen.

Aus dem Angeführten erhellt, dass wir in der Lumbalpunktion ein wesentliches diagnostisches Hilfsmittel erblicken müssen. Dem gegenüber wird derselben in therapeutischer Hinsicht z. B. von Lichtheim jeglicher Effect abgesprochen. Bei der Meningitis serosa lässt es sich denken, dass eine Spinalpunktion unter Umständen, namentlich dort, wo das Exsudat sehr rasch ansteigt, direct heilend wirken kann.

Thatsächlich werden auch von Quincke und Ricken einschlägige Fälle mitgetheilt. Bei der tuberculösen Meningitis dürfte wohl nur von einem vorübergehenden Erfolge nach einer Lumbalpunktion geredet werden. Andererseits wäre jedoch an die Veröffentlichung des Falles Freyhan zu erinnern, welcher von einem Heilungsfalle einer durch Spinalpunktion sichergestellten Meningitis tuberculosa berichtet.

Was die Technik der Punktion anbetrifft, so ist dieselbe sehr einfach. Ausser vorübergehenden Kopfschmerzen und gelegentlichen rasch schwindenden leichten Reizerscheinungen durch Verletzung der im Duralsacke verlaufenden Nervenwurzeln dürften kaum andere unangenehme Complicationen während der Lumbalpunktion erfolgen.

Referent hat in 4 Fällen die Spinalpunktion ausgeführt.

1. Al. W. 4 a. n. Diagnose. Meningitis tuberculosa, Pneumonia chron. Pat. seit 1 Woche krank. Erbrechen, Kopfweh, Verstopfung, Benommenheit, träge Pupillenreaction, Trousseau's Flecke, eingezogener Leib, Infiltration der linken Lungenspitze. P. 160—180, klein, regelmässig.

Bei der Spinalpunktion werden 10—15 ccm. einer wasserhellen Flüssigkeit entleert, dieselbe enthält keine Tuberkelbacillen. Punktion bleibt ganz effectlos, bald darnach Exitus. Section. Meningitis tuberc. bacil. Hydrocephalus int., Pneumonia chron. caseosa.

2. Tatjana A. 5 a. n. Deutliche Symptome der Meningitis tuberculosa. Im Harn Diazoreaction, Spuren von Indican, über den Lungen diffuse Bronchitis. Punktion entleert 30 cc. klarer Spinalflüssigkeit, spec. Gewicht 1,009, Albumen 0,029 pCt.

Kein sichtbarer Erfolg nach der Punktion.

Section. Meningitis tuberc. bacil., Lymphadenitis caseosa bronchialis et retroperitonealis. Tuberculosis miliaris pulmonum.

3. W. R. 1 a. 8 m. erkrankte im August 1895 unter unbestimmten Erscheinungen. Im Oct. Fieber. Durchfall, Abmagerung, leichte Dämpfung links vom Sternum, im Harn Spuren von Indican und deutliche Diazoreaction.

Diagn. Bronchialdrüsentuberculose. Ende November deutliche Erscheinungen einer tuberculösen Meningitis (Somnolenz, starre Pupillen, verlangsamter Puls, Stokes Respiration). Lumbalpunktion entleert 18 ccm. wasserklarer Flüssigkeit von 0,2 pCt. Albumin, dieselbe frei von Tuberkelbacillen, therapeutischer Effect gleich Null. Das Kind starb bald darauf.

4. Sina P. 12 a. n. Vor 3 Tagen acut erkrankt unter Erbrechen, Fieber, Kopfweh, Verstopfung, starke Benommenheit, allgemeine Hyperaesthesie des Körpers, besonders des Nackens und der Kreuzgegend. Nackensteifigkeit, Unbeweglichkeit und starke Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule R. 30, P. 108. Im Harn kein Albumin, keine Indicanvermehrung, keine Diazoreaction.

Am dritten Tage des Hospitalaufenthaltes wird die Spinalpunktion ausgeführt und 35 cbcm. einer etwas trüben Flüssigkeit entleert. Specif. Gew. derselben 1,007, Albumingehalt 0,1 pCt., im Sediment polynucleäre Leucocyten und Diplokokken.

Gleich nach der Punktion wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens. P. auf 92 herabgegangen, die Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule verschwunden.

Nach einer rasch vorübergehenden Verschlimmerung völlige Genesung.

Aus den angeführten, kurz skizzirten Krankengeschichten lässt sich entnehmen: eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens im letzten Falle von Cerebrospinalmeningitis, weiter eine absolute Effectlosigkeit der Lumbalpunktion in allen Fällen von tuberculöser Meningitis.

Zum Schlusse möchte Referent noch besonders die Ehrlich'sche Diazoreaction als ein vorzügliches Hilfsmoment bei gewissen Fällen von Tuberculose im Kindesalter empfehlen. Wie schon Nissen gezeigt hat, tritt die genannte Reaction im Harn überall da auf, wo eine frische Aussaat von Tuberkelbacillen stattgefunden hat, in chronischen Tuberculosefällen dort, wo es zu acuter Exacerbation des Processes gekommen ist. Das Gleiche wird auch von einer stärkeren Indicanreaction im Harne behauptet. Jedoch glaubt Referent die Diazoreaction als viel sicherer in dieser Richtung erprobt zu haben.

Discussion.

Herr Kernig bestätigt es auch, dass die Lumbalpunktion, falls man genau den Vorschriften Quinckes folgt, keine technischen Schwierigkeiten bereitet. Jedoch scheint es, als ob die Punktion unter Umständen nicht ganz ungefährlich sein kann. In dem einen Falle von Punktion, den er selbst ausgeführt hat, wo 50 cbcm. klarer Flüssigkeit aus dem Spinalsack entleert wurden, und wo Tags darauf eine Besserung des Benommenheitszustandes der Kranken notirt ist, erfolgte ganz plötzlich am dritten Tage nach der Punktion der Tod. Bei der Autopsie fanden sich in den Subarachnoidalräumen des Gehirns und Rückenmarkes bei Abwesenheit sonstiger meningitischer Erscheinungen zahlreiche Blutaustritte, welche man möglicherweise mit der Lumbalpunktion in Verbindung bringen könnte. Ein solcher Befund würde darauf hinweisen, dass jedenfalls an die Punktion keine Aspiration angeschlossen werden darf. — So viel ihm bekannt, weist auch die einschlägige Literatur einige plötzliche Todesfälle nach Lumbalpunktionen auf.

Herr Anders hat auch mehrmals punktirt. Bei den ca. 20, im Elisabeth-Kinderhospital punktirten Fällen sind keine Todesfälle in Folge Punktion, sei es mit oder ohne Aspiration des Liq. cerebrospinalis, vorgekommen. Es empfiehlt sich bei Kindern möglichst dünne Canülen zu wählen, welche, falls sich keine Flüssigkeit entleert, eine Aspiration nöthig machen. Ferner ist es bequem, bei Kindern in der Mittellinie, nicht seitlich, wie bei Erwachsenen, die Nadel einzustechen. Dem gegenüber will Herr Serck lieber dickere Nadeln in Anwendung gebracht wissen, bei welchen die Aspiration in Wegfall kommt.

Herr Westphalen glaubt, dass die Erklärung für die meningealen Haemorrhagien des von Herrn Kernig angeführten Falles nicht unbedingt als eine Folge der Spinalpunktion angesehen zu werden brauchen, da Krannhals (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 54) ähnliche pathologische Hirnbefunde (Hirnhyperämie mit Haemorrhogien in den Meningen) ganz speciell nach Influenza beobachtet hat, Als Parallele zu dem im Vortrage citirten Heilungsfalle einer Meningitis tuberculosa von Freyhan könnte noch eine ganz neue Publication von Jannsen (D. med. Wochenschr. 1896 № 11) zur Seite gestellt werden. Hierbei wird das günstige Resultat mit der Verabreichung enormer Jodkalidosen (40,0 pro die, 950 in toto) in Verbindung gebracht.

Nachtrag bei der Protocollverlesung am 8. April.

Herr Kernig. Plötzliche Todesfälle im Anschluss, vielleicht selbst in Folge einer Spinalpunktion werden auch an-

gegeben von Lichtheim und Fürbringer (Berl. klin. Wochenschrift 1895 № 13). Der in der letzten Vereinssitzung citirte, nach einer Spinalpunktion tödtlich endende Krankheitsfall hatte in der That eine Analogie mit den von Krannhals veröffentlichten Fällen. Auch hier war dem Ausbruche der Hirnerscheinungen eine acute Infectionskrankheit — wie auf Grund der Obduction angenommen werden musste — eine Febris recurrens voraus gegangen. Klinisch kennzeichnete sich die Krankheitsgeschichte als eine Meningitis, daneben reichlicher Albumingehalt im Urin. Am 7-ten Tage des Hospitalaufenthaltes wurde die Spinalpunktion ausgeführt, welche 50 Ccm. einer klaren Flüssigkeit mit vereinzelten Leukocyten und rothen Blutkörperchen, nicht vorhandene Tuberkelbacillen, zu Tage förderte. Darnach allgemeine Besserung, weniger Kopfweh, freieres Sensorium.

2 Tage nach der Punktion erfolgte in ganz plötzlicher unvorhergesehener Weise der Exitus.

Sectionsbefund. Pia des Hirns durchsetzt von zahlreichen grösseren und kleineren Blutaustritten, zeigt nur geringe exsudative Erscheinungen. (Vom Prosector Prof. Petroff ist der Fall als Leptomeningitis acuta haemorrhagica bezeichnet und rubricirt worden.)

Aehnliche Veränderungen in der Pia des Rückenmarkes.

Haemorrhagien in die Capsula interna des Gehirns mit Durchbruch in die Ventrikel. Blutungen unter das Periost des Wirbelkanals. Endocarditis ac. ulcerosa Recurrensmilz mit Milzinfarct, ac. parenchymatöse Nephritis.

Herr Tiling. Es sei schwer anzunehmen, dass eine plötzliche Druckschwankung in Folge einer Spinalpunktion cerebrale oder meningeale Blutungen bewirken kann. Bei Schädeltrepanationen und bei Operationen der Spina bifida, entleere sich der Liquor cerebrospinalis noch reichlicher und noch plötzlicher. Blutungen und plötzliche Todesfälle darnach werden aber nicht beobachtet.

Herr Serck erinnert ferner daran, dass bei Hirnleiden überhaupt plötzliche Todesfälle nicht so selten vorkommen. So sei ihm noch vor Kurzem ein an ac. Menininigitis cerebrospinalis leidender, schon in wesentlicher Besserung sich befindender Pat. ganz plötzlich ohne sonstige nachweisbare Ursache verstorben.

Herr Anders berichtet über einen unangenehmen Zufall während einer Spinalpunktion. Bei einer der letzten im Elisabeth-Kinderhospital vorgenommenen Lumbalpunktionen, welche in der Mittellinie zwischen 2 Proc. spinosi gemacht wurde, brach die Nadel in Folge einer plötzlich eingetretenen spastischen Lordose ab und verschwand anscheinend in den Weichtheilen. Da ein oberflächliches Suchen erfolglos war, so resecirte Herr Anders, zum Zwecke der chirurgischen Hilfeleistung hingerufen, zunächst beide Proc. spinosi. Da auch hierbei die Nadel nicht gefunden wurde, und das Befinden des Kindes einen energischeren Eingriff rechtfertigte, so wurde auch der Wirbelbogen resecirt, die Dura spinalis eröffnet. Darnach entleerte sich reichlicher Liquor cerebrospinalis. Die Nadel war auch jetzt unauffindbar. Nach der Operation trat wesentliche Besserung ein. Leider wurde dieselbe durch einen intercurrenten Scharlach unterbrochen, an welchem das Kind noch eben leidet.

Herr Schmitz. Dieses unglückliche Ereigniss, welches übrigens auch bei einer blossen Abwehrbewegung des Kindes leicht eintreten kann, wobei die Nadel durch die Proc. spinosi gewissermassen abgezwickt würde, dürfte direct darauf hinweisen, dass es richtiger wäre, auch bei Kindern lateralwärts, wie bei Erwachsenen zu punktiren. Bei einer solchen Punktionsstelle wäre das Abbrechen der Nadel kaum möglich.

Stellv. Director Dr. E. Moritz.
Secretair Dr. Westphalen.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Juni d. J. 7357 (66 wen. als in d. Vorw.), darunter 919 Typhus — (24 mehr), 657 Syphilis — (12 wenig.), 152 Scharlach — (0 wenig.), 71 Diphtherie — (1 wen.), 63 Masern — (10 wen.) und 57 Pockenkranke — (4 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. Juni bis 22. Juni 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
396	314	710	207	66	106	22	14	26	55	63	35	43	38	20	13	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 27, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 7, Masern 13, Scharlach 25, Diphtherie 16, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 177, Todtgeborene 28.

Adressen von Krankenpflegerinnen

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17 кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 28 Iюня 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XIII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 6. (18.) Juli **1896**

Ein Fall von Hypertrophia lateralis superior.

Von

Dr. L. Stembo.

Krankendemonstration in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna den 12. September 1895.

Geehrte Collegen! Bei der Untersuchung des vor Ihnen befindlichen Kranken fällt vor allem die besondere Hautfärbung eines grossen Theiles seines Körpers auf; es ist ein grosser Naevus, der beinahe ein Viertel seiner Körperoberfläche bedeckt. Beim weiteren Zusehen bemerken wir, dass sämmtliche vom Naevus bedeckten Theile bedeutend vergrössert sind mit Ausnahme des Gesichts, wo die Hypertrophie eine mässige ist.

Der Kranke M. K. ist in Postow, Gouvernement Wilna geboren, 18 Jahre alt und von Profession ein Mützenmacher. Er stammt aus einer vollkommen gesunden Familie, nur in der letzten Zeit begann seine Mutter an Rheumatismus zu leiden. Seine Brüder und Schwestern sind gesund, bei keinem von ihnen sind irgend welche Missbildungen oder Muttermäler vorhanden. In der Famile ist K. als vorletztes Kind geboren.

Während die Mutter mit unserem Kranken schwanger war, soll sie nach Aussage des letzteren mit einer rothen Flüssigkeit übergossen sein; diese Flüssigkeit soll gerade diejenigen Stellen getroffen haben, die jetzt vo mNaevus bedeckt sind.

Unser Kranker ist von mittlerer Grösse, gutem Körperbau. Sein Knochen- und Muskelsystem ist gut entwickelt. Der Schädeltheil des Kopfes hat nichts Besonderes aufzuweisen. Die Intelligenz ist etwas niedriger als bei Jünglingen seines Alters und seines Standes. Die Pupillen sind von normaler Weite und prompter Reaction. Die Sehschärfe und Augenhintergrund zeigen nichts Abnormes. Die Nase ist nach links geneigt. Die rechte Gesichtshälfte, besonders ihr mittlerer Theil ragt etwas hervor und ist von einem Naevus bedeckt, der drei Centimeter vor dem betreffenden Ohr beginnend zum Kinn, die Mitte desselben ein wenig überschreitend, zieht. Derselbe zieht nach hinten auf den Nacken und einen Theil des Hinterkopfes und nach unten bis zum unteren Schulterblattwinkel. Vorn bedeckt der Naevus die ganze rechte Brusthälfte, die Mittellinie überschreitend und reicht nach unten bis zum Rippenrande. Dasselbe Muttermal bedeckt die ganze rechte obere Extremität.

Derjenige Theil des Körpers, der von dem eben beschriebenen Naevus eingenommen ist, zeigt sichtliche Vergrösserung.

Vom Unterkieferwinkel bis zum Kinn	rechts 11 cm.	links 10 cm.
Von der vertebra prominens bis zur Mitte des Halses	» 19½ »	» 18 »
Die Länge d. ganzen oberen Extrem.	» 70 »	» 66 »
Die Länge des Oberarms	» 32 »	» 28 »
Die Länge des Vorderarms	rechts 26 cm.	links 25 cm
Die Länge der Hand	» 20 »	» 18 »
Der grösste Umfang des Oberarms.	» 25 »	» 23 »
Der grösste Umfang d. Vorderar.	» 26 »	» 23½ »
Der grösste Umfang der Hand. . .	» 23 »	» 20 »
Die Länge des Mittelfingers	» 11½ »	» 10 »
Umfang des Mittelfingers	» 8 »	» 7 »
Länge des Nagels des Mittelfingers.	» 15 mm.	» 13mm
Länge des Daumens	» 18 »	» 15 »

Die Breite der Nägel ist beiderseits gleich.

Einen viel kleineren Naevus sehen Sie auf der unteren Partie des Rückens.

Auch die Schleimhaut des Mundes zeigt an manchen Stellen Neavusflecken: an der inneren und äusseren Fläche des Zahnfleisches finden sich zwei schmale Streifen, ebensolche Streifen sehen wir auf der Schleimhaut des Rachens, des harten und weichen Gaumens. Auf der unteren und seitlichen Fläche der Zunge ist ebenfalls ein dunkler Streifen von zwei Centimeter Länge und drei Viertel cm. Breite zu bemerken.

In der Nase und im Kehlkopfe, so weit wir übersehen können, sind keine Abweichungen in der Farbe der Schleimhaut zu verzeichnen.

In der Mitte des Occiput befindet sich ein kleiner Naevus in dessen Centrum eine erbsengrosse Warze zwischen den Haaren sicht- und fühlbar ist. Aus dieser Warze sickerte im Verlauf von zwölf Wochen beinahe eine Stunde täglich Blut in ziemlicher Menge durch.

Die rechte Mamilla steht rechts etwas niedriger als links.

Der Harn ist Eiweiss- und Zuckerfrei. Die unteren Extremitäten zeigen nichts Abnormes.

Die Muskelkraft der rechten Extremität ist etwas geringer als die der linken. (Dynamometer rechts = 60, links = 75.)

Alle Sensibilitätsarten sind normal, Reflexe ebenfalls. Die Empfindlichkeit gegen Electricität ist in dem rechten Arm etwas erhöht. Das Gehör und Geschmack sind intact, der Geruchsinn ist etwas herabgesetzt.

Der Kranke klagt blos über Kopfschmerzen, welche ihn zu unserem geehrten Collegen Dr. A. Kohan führten, der die Güte hatte denselben mir zur Behandlung zu überlassen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen besten Dank ausdrücke.

Sonst hat er nirgends Schmerzen und in den vom Naevus bedeckten Stellen hat er nie irgend welche abnorme Empfindungen gehabt.





Der bei unserem Kranken vorhandene Naevus gehört zu jener Form, die Naevus vascularis oder, der Nomenclatur von Simon und Lewin[1]) nach, Angioma congenitum genannt wird.

Wie gesagt sind alle vom Naevus bedeckten Stellen hypertrophisch. Diese Hypertrophie ist eine angeborene und entwickelte sich progressiv, an ihr, wie Sie sich überzeugen können, nehmen Weichtheile und Knochen theil.

Die angeborenen Hypertrophien des Körpers können sehr verschieden ausfallen. Ist der ganze Körper gleichmässig vergrössert, so haben wir das, was man Gigantismus nennt. Ist nur eine Hälfte des Körpers vergrössert, so heisst es Hypertrophia lateralis. Eine angeborene Hypertrophie einer Gesichtshälfte — Hypertrophia facialis. Zweimal wurde eine Hypertrophie einer oberen Extremität einerseits und einer unteren — der anderen Seite beobachtet und als Hypertrophia cruciata beschrieben.

Unser Fall wird sich, da es sich bei ihm um eine Vergrösserung der oberen Hälfte der rechten Seite handelt, als Hypertrophia lateralis superior benennen lassen. Im Januar dieses Jahres stellte Dr. Adler in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin ein achtjähriges Mädchen vor, welches ein Hypertrophie des rechten Beines hatte. In der mir zugänglichen Literatur habe ich einen ähnlichen Fall, wie der meinige, nicht finden können.

Wie sollen wir uns die Missbildung unseres Kranken erklären? Handelt es sich bei ihm um eine Trophoneurose oder um eine Angioneurose?

Wie Ihnen bekannt ist, erklärt v. Bärensprung das Vorkommen aller Naevi durch den Einfluss der Nerven auf die Ernährung der Haut. Behrend glaubt die Naevi von einer Erkrankung der Gefässe abhängig machen zu können. Dass viele Naevi entlang der Nerven sich verbreiten, erklärt sich dadurch, dass die letzteren fasst immer die Gefässe begleiten.

V. Recklinghausen und Philippson theilen die Meinung von v. Bärensprung's. Wenn die Nerventheorie auch richtig wäre, bliebe noch immer unbekannt, wo im Nervensystem die Erkrankung ihren Sitz hat, in den Centren der trophischen Nerven (letzte vorausgesetzt), oder in den peripheren sensiblen Nerven?

Ich will aber hier sofort hinzufügen, dass die Nerventheorie der Naevi jetzt mit scharfen Waffen bekämpft wird und eine ganze Reihe mehr oder weniger plausibler Hypothesen wurde aufgestellt, auf die aber einzugehen hier nicht der Ort ist.

[1]) Realencyclopaedie von Eulenburg II. Aufl. Bd. XIII, S. 662.

Ein Fall von Osteomalacie beim Manne.

Von

Dr. med. Z. Schabad.

(Vortrag, gehalten in der Wilnaer Medicinischen Gelellschaft.)

Meine Herren! Ich habe die Ehre Ihnen hier Knochen eines Kranken aus dem Hospital «Ssawitsch», dessen Autopsie heute Morgen stattfand, zu demonstriren. Der klinische Verlauf dieses Falles war für uns völlig räthselhaft, die Symptome waren äusserst undeutlich, so dass eine richtige Diagnose erst nach dem Tode gestellt werden konnte.

Der Kranke, Anton R—a, 62 Jahre alt, Tagelöhner, trat ins Hospital «Ssawitsch» am 15. Sept. 1894 mit Klagen über Schmerzen im Kreuze und Schwäche der Beine. Er theilte mi , dass er vor 10 Monaten mit einem Packen auf dem Rücken ausgeglitten sei, wobei die Beine sich besonders verdreht hatten, so dass das eine Bein nach vorn und das andere nach hinten zu liegen kam. Der Kranke stand mit Mühe auf und schleppte sich selbst nach Hause. Seit der Zeit fühlte er einen Schmerz im Kreuze und im ganzen Rücken und war genöthigt den grössten Theil des Tages im Bette zuzubringen.

Pat. ist verheirathet. Lebensbedingungen äusserst ungünstig. Wohnung, Nahrung — die gewöhnlichen eines Tagelöhners. Lues wird verneint. Gebrauch von Spirituosen in mässigem Grade. Erinnert sich nicht früher krank gewesen zu sein.

Status praes. Pat. ist abgemagert. Das knöcherne Skelet stellt keine sichtbaren Unregelmässigkeiten dar. In der Lendenwirbelsäule eine unbedeutende Skoliose. Unterhautfettgewebe schwach, Muskulatur mässig entwickelt. Bewegt sich mit Mühe (in Folge von Schmerzen im Rücken) ein wenig gebeugt, mit Hilfe eines Stockes, vorwärts. Der Charakter des Ganges stellt nichts Besonderes dar. Die Sensibilität der Haut, sowohl tactile, wie Schmerzempfindung, normal. Gelenke frei, Reflexe normal. Bei Untersuchung des Kreuzes lassen sich keine sichtbaren Veränderungen nachweisen. Das Beugen des Kreuzes ist äussert schmerzhaft. Die Processus spinosi angefangen vom 7. Brustwirbel sind schmerzhaft auf Druck. Auf der Haut des rechten Knies ein chronisches Eczem.

Der Leib unterhalb des Rippenbogens eingezogen, im unteren Theile aufgetrieben, Leber, Milz normal. Appetit mässig. Obstipation. Im Harn kein Eiweiss. Der Brustkorb fassförmig. Die Lungen bedeutend emphysematös. Husten. Bei

der Auscultation sind trockene Rasselgeräusche hörbar. Puls von geringer Füllung, regelmässig, Herztöne rein. T°. 36,6° C.
Am 18. Sept. lässt sich eine starke Spannung der Bauchmuskulatur constatiren. Beim Gehen empfindet Pat. im Epigastrium einen starken Schmerz, der ihm den Athem benimmt. Hierbei sind heftige Schmerzen in der Wirbelsäule und den Muskeln des Rückens vorhanden. Die Bewegungen der oberen wie unteren Extremitäten sind beeinträchtigt. Der Kranke kann sich nur mit Mühe von einer auf die andere Seite kehren. Geht mit Mühe, mit Hilfe eines Stabes.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit treten hauptsächlich zu Tage die Anspannung der Bauchmuskulatur, Athembeschwerden, Schmerzen im Rücken und Unmöglichkeit zu gehen; Husten mit schwer zu expectorirendem Schleim. Zuweilen Auftreten von lancinirenden Schmerzen in den Beinen und anderen Körpertheilen. Die Schmerzen in der linken Seite der Brust werden stärker, den Athem beengend. Um den Leib in der Gegend des Rippenrandes Gürtelgefühl; Pat. fühlt sich gleichsam wie festgenagelt.

Ende November wurden die Bewegungen beschränkter. Pat. kann sich weder setzen, noch von einer Seite auf die andere legen. Jede Bewegung des Rumpfes verursacht heftige Schmerzen. Gehen kann Pat. garnicht mehr, er liegt unbeweglich auf dem Rücken. Liegend erhebt er die Beine mit Mühe und bis zu unbedeutender Höhe. Die Bewegungen in den oberen Extremitäten sind frei. Die Gegend der Brustwirbelsäule ist äusserst schmerzhaft. Der obere Theil des Leibes ist sichtbar eingezogen und ist vom untern, aufgetriebenen Theile, wie durch eine tiefe Furche getrennt.

Am 8. December begann Pat. über Schmerz im Leibe und in den Rippen zu klagen. Druck auf die Wirbel verursacht heftigen Schmerz; es treten bald lancinirende Schmerzen, bald das Gefühl von Abgeschlagenheit in den Beinen auf.
Am 15. December erscheint bei der Besichtigung des Pat. das Sternum in seinem mittleren Theile nach hinten eingedrückt, wie quer gebrochen; dabei wird Crepitation wahrgenommen. Dasselbe wird auch an der Grenze zwischen Knorpel und Knochen der 2. linken Rippe beobachtet.
An den folgenden Tagen war die Untersuchung (durch Palpation) des Brustkorbes in Folge grosser Schmerzhaftigkeit unmöglich. Pat. ist abgemagert, die Rippen erscheinen dünn und zerbrechlich. Schmerzen in allen Knochen der Extremitäten, wie des Rumpfes: Parästhesie, abgeschwächte Patellarreflexe, fast völlige Unbeweglichkeit der unteren Extremitäten. Vorübergehende lancinirende Schmerzen.
In den ertsen Tagen des Januar ist eine Zunahme der Schwäche bemerkbar. Athmung und Expectoration erschwert. Bei der Athmung bewegen sich beide Hälften des Sternum, die obere und untere, an der Stelle des Bruches, ähnlich dem Epigastrium. In den Lungen feuchte, theilweise oedematöse, Rasselgeräusche. Im Harn viel Indican und Spuren von Eiweiss. Heftige Schmerzen in den Rippen, in den Beinen und Beckenknochen auf Druck. Am 11. Januar starb der Kranke.
Bei solchen undeutlichen Symptomen konnte die Diagnose zu Lebzeiten nicht gestellt werden. Es wurde an eine Erkrankung der Rückenmarkshäute gedacht. Völlig unklar war die Ursache eines spontanen Bruches des Brustknochens — einer äusserst seltenen Erscheinung. Zur Noth könnte man sich diese Erscheinung durch äusserste Anspannung der Bauchmusculatur und senile Brüchigkeit der Knochen erklären.
Bei der Autopsie wurde die Hauptaufmerksamkeit dem Brustknochen und den Rippen zugewandt. Letztere erwiesen sich als leicht biegsam und stellenweise leicht zerbrechlich. An der Verbindungsstelle von Knochen und Knorpel waren die Rippen leicht zu durchschneiden. Das Sternum erwies sich thatsächlich nicht gebrochen, sondern nach innen eingedrückt. Der mittlere Theil desselben war weich, wie Pergament, und daher konnte der obere, wie untere Theil leicht bewegt werden. Bei querer Durchschneidung des Brustknochens wurde die Diagnose völlig klar. Das Knochengewebe war dünn und in der That so weich, wie Pergament. Sein Centrum bildete eine Höhle, die mit gelbrothem schmierigem Knochenmark ausgefüllt war. Ganz ähnliche Veränderungen wurden in den Rippen constatirt; sie bogen und brachen sich äusserst leicht und stellten auf dem Durchschnitte ebenfalls eine auf Kosten des Knochengewebes erweiterte Höhle, die mit hyperämischem Knochenmark ausgefüllt war, dar.
Die Ossa ilei stellten ebenfalls auffallende Veränderungen dar. Sie sind im wahren Sinne des Wortes, wie Eierschalen zerbrechlich. Die Spina ossis ilei konnte man mit der Hand abbrechen; die Knochen durchsägen war rein unmöglich, da sie schon bei unbedeutendem Druck brachen. Im Centrum auch dieser Knochen befand sich eine grosse Höhle die mit verändertem Knochenmark ausgefüllt war. Der Kopf des linken Hüftknochens stellte ebenfalls ähnliche Veränderungen dar. Die übrigen Knochen des Skeletts, bei denen übrigens diese Erscheinungen in geringerem Maasse ausgeprägt waren, wurden auf Bitten der Angehörigen nicht weiter untersucht. Die inneren Organe stellten mikroscopisch ausser einem Lungenemphysem keine besondere Veränderungen dar.
Wir haben also einen seltenen Fall von Osteomalacie (Ostitis malacissans), vor uns, die, wie bekannt, sich dadurch charakterisirt, dass aus dem Knochen die Kalksalze verschwinden und gleichzeitig das Knochenmark an Gefässen reicher wird, von Wanderzellen durchsetzt wird, die das allmählich verschwindende Knochengewebe ersetzen. Entsprechend der Krankheitsperiode unterscheidet man eine Osteomalacia rubra und flava. Im ersten Falle, namentlich im Anfangsstadium ist das Knochenmark roth und enthält wenig Fett; im zweiten Falle, im weiteren Entwickelungsstadium ist das Knochenmark gelb, da in ihm die Fettzellen vorherrschen.
In unserem Falle war das Mark hyperämisch, was auf die verhältnissmässig geringe Dauer der Krankheit (ungefähr ein Jahr) hinweist. Die gefundenen Veränderungen des Knochenmarks (makroscopisch) schliessen in unserem Falle eine einfache Altersatrophie der Knochen (Atrophia senilis), die sich besonders durch Spontanbrüche charakterisirt, aus: das Knochenmark ist hier wie überhaupt bei Knochen alter Leute, von intensiv gelber Farbe.
Unser Fall bietet noch dadurch Interesse, das er bei einem Manne und dazu noch im 60. Lebenjahre zu Beobachtung kam. In diesem Alter ist die Osteomalacie nach Senator überhaupt eine seltene Erscheinung, und noch um so seltener ist ihr Auftreten bei einem Manne. Nach Marjoln, kommt auf 20 osteomalacische Frauen ein Mann, nach Gaspari, auf 13 Frauen — 3 Männer, nach Litzmann, auf 120 Frauen 11 Männer.

Referate.

O. Hassmann. Zur diagnostischen Verwerthbarkeit der Verdauungsleucocytose. Wien. klin. Wochenschr. 1896. № 17.

Die vielen Forschungen, aus den respectiven Veränderungen des Blutes bei den Magenkrankheiten ein differentialdiagnostisches Merkmal für die einzelne Erkrankung zu erhalten, haben die Lehre von der diagnostischen Verwerthbarkeit der Verdauungsleucotyse namentlich bei Carcinoma und Ulcus ventriculi, sich herauskrystallisiren lassen. Nach dieser Richtung hin haben Schneyer und Müller sich stützend auf das Resultat der von ihnen untersuchten Fälle die Behauptung aufgestellt, dass «in zweifelhaften Fällen das Bestehen einer Verdauungsleucocytose mit Recht gegen Carcinom differentialdiagnostisch zu verwerthen sei».
Verf. möchte die Verallgemeinerung dieses Satzes nicht anerkennen. Die diesbezüglichen Untersuchungen, welche auf der II. medicinischen Klinik des Prof. Neusser in Wien an verschiedenen Kranken mit Ulcus und Carcinom des Magens angestellt worden sind, haben in einigen Fällen ein Resultat gegeben, welches bedeutend von der oben angeführten Behauptung abweicht. Hassmann führt in seiner Abhandlung erstens 2 beobachtete Fälle von Magenkrebs an, bei denen eine Verdauungsleucocytose constatirt werden konnte, und zweitens die Krankengeschichten von zwei Fällen von Ulcus rotundum ventriculi, die ein Fehlen dieser physiologischen Erscheinung aufwiesen.
An diese vier Fälle anknüpfend und berücksichtigend das Ergebniss der angestellten Untersuchungen, das klinische Bild und die vorgefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen fühlt sich Verf. nun zu folgenden Betrachtungen veranlasst. In den zwei Fällen von Magencarcinom konnte eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen im Blut nach der Nahrungsaufnahme, eine Verdauungsleucocytose constatirt werden. Nun steht es fest, dass das Auftreten derselben im wesentlichen abhängt von der Peptonisation und Assimilirung des zugeführten Nahrungseiweisses. Wo dieselben stattfinden, ob nur im Magen, oder nur im Darm oder in beiden zugleich, dass bleibt sich gleich. Im ersten Falle der beobachteten Magencarcinome waren die Magenfunctionen in toto gestört, der Pylorus jedoch in eine von einem starren Ringe umgebene Oeffnung verwandelt. Die Ingesta konnten zum Theil in den Darm gelangen und fielen dort der Pankreasverdauung anheim. Im zweiten Falle war eine für die Peptonisation vollkommen hinreichende Secretion der Magenschleimhaut von Pepsinsalzsäure vorhanden. Die motorische Thätigkeit war gestört, die Muscularis ventriculi konnte den Widerstand am Pylorus nicht überwinden, um die Speisen in den Darm weiterzubefördern: ergo fand einzig und allein die Peptonisation und Resorption der Eiweissstoffe im Magen statt. Denn eine Verdauungsleucocytose war auch in diesem Falle vorhanden. In Betreff dieses Umstandes äussert Verf.: «es wird eine Verdauungsleucocytose bei Magencarcinom auftreten können, bei Secretions- und Resorptionstüchtigkeit des

Magens mit und ohne bestehende Stenose, und bei Mangel an Pepsinsalzsäure nur dann, wenn keine Stagnation besteht, oder wenn der Pylorus verschlussunfähig ist».

Was nun ähnliche Verhältnisse bei einem Ulcus betrifft, so «wird man bei demselben ein Fehlen der Verdauungsleucocytose finden müssen, wenn nebenbei ein Magenkatarrh mit Beeinträchtigung der Secretion und gleichzeitig eine Stenose, oder wenn ein Magenkatarrh und abnorme chemische Zersetzung der Ingesta besteht». In diesen beiden vom Verf. in der Klinik beobachteten Fällen fehlte eine Verdauungsleucocytose.

Hassmann meint, dass eine Verschiedenheit des Verhaltens dieser Erscheinung bei Carcinom und Ulcus nur von den begleitenden anatomischen Veränderungen abhängig sei, und wird man deshalb, wenn bei solchen Erkrankungsformen die Magenschleimhaut ihre Function einstellt, eine Erscheinung haben, die bei Carcinom die Regel, bei Ulcus eine Ausnahme ist.

Somit sei der Verdauungsleucocytose keine so grosse differentialdiagnostisch ausschlaggebende Kraft beizumessen, wie es einige Autoren anzunehmen glauben.

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Eine klinische Studie von Dr. Hermann Kuhnt. Ord. Prof. der Augenheilkunde in Königsberg in Pr.

Die vorliegende Monographie, welche uns mehr auf rhinologisches als ophthalmologisches Gebiet führt, verfolgt den Zweck, den Arzt und speciell den Ophthalmologen auf die Wichtigkeit der Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen aufmerksam zu machen. Verf. giebt uns eine Uebersicht über die Erkrankungen der Stirnhöhle nach Aetiologie, klinischem Bild, Diagnose, pathologischer Anatomie, Complicationen und Therapie, indem er eine ausführliche Literaturzusammenstellung giebt und das Resultat seiner eigenen Beobachtungen mittheilt.

Unter den Namen «Sinuitis» fasst er alle mit Absonderung einhergehenden Erkrankungen der Schleimhaut zusammen. Je nach der Beschaffenheit des Exsudates unterscheidet er eine Sinuitis catarrhalis acuta chronica, blennorrhoica und pyorrhoica acuta und chronica. Die Bezeichnung «Empyem» beschränkt Verf. auf diejenigen Fälle, in denen eine wirkliche Schleimabsackung stattfindet. Tritt Gewebsnekrose hinzu, so entsteht der Stirnhöhlenabscess.

Bei Besprechung des klinischen Bildes der Sinuitis macht Verf. auf die Verschiedenheit der Fälle aufmerksam, welche den Rhinologen und denjenigen, die den Ophthalmologen aufsuchen. Bei denjenigen Fällen, welche letzterer zu sehen bekommt, überwiegen die Kopfschmerzen sehr, gegenüber den Erkrankungen der Nase. Nach Erörterung der ätiologischen Momente, welche in prädisponirende: Grösse und Gestalt des Sinus, Weite des Stirn-Nasenkanals, Erkrankungen der Nase, und in direct erregende: acute Infectionskrankheiten, Traumen, Fremdkörper, Geschwülste, Uebergreifen von entzündlichen Processen aus der Nachbarschaft, eingetheilt werden, wird die pathologische Anatomie mit Berücksichtigung der bacteriologischen Untersuchungen abgehandelt.

Bei der Diagnose legt Verf. ein Hauptgewicht auf die subjectiven Beschwerden des Patienten, auf die Schmerzhaftigtigkeit der knöchernen Sinuswand und auf die Complicationen, denen er ein eigenes Kapitel widmet. Hauptsächlich sind es hier die functionellen Störungen am Auge, welche in asthenopischen Beschwerden, Amblyopien und in einer Einschränkung des Gesichtsfeldes für Weiss und für Farben bestehen. Als weitere Complicationen im Auge werden die Dislocationen des Orbitalinhaltes bei Ausdehnung und Perforation der unteren Sinuswand erwähnt.

Die Complicationen, welche sich im Centralnervensystem abspielen, beruhen in der Mehrzahl der Fälle auf Perforation der hinteren Sinuswand mit Abscessbildung, selten auf Thrombophlebitis. Als Beweis hierfür führt Verf. 17 Fälle aus der Literatur an. Bei 14 davon war Perforation der hinteren Sinuswand, Meningitis und Gehirnabscess die Todesursache, bei zweien nur Thrombophlebitis; ein Fall war nicht verwerthbar. Bei der Behandlung erstrebt Verf. eine möglichst rasche und gründliche Heilung bei geringer kosmetischer Störung. Von Sondirungen Ausspülungen etc. glaubt er sich nur in den relativ frischen Fällen Erfolg versprechen zu können. Er geht deshalb in den meisten Fällen radical vor, indem er die ganze vordere Wand des Sinus abträgt und die Schleimhaut entfernt. Er ist überzeugt, eine Operationsmethode gefunden zu haben, die den eben gestellten Anforderungen weit mehr entspricht als alle bisher geübten Operationsverfahren. Selbstverständlich konnte ich hier nur das Wichtigste hervorheben, betreffs der speciellen Ausführungen verweise ich auf das Original.

Dr. med. H. von Krüdener. Riga.

Dr. med. Myrdacz. Das französische Militär-Sanitätswesen. Geschichte und gegenwärtige Gestaltung. Wien. 1895.

Vorliegende Arbeit bildet das I. Heft des Handbuchs für k. und k. Militärärzte II. Band. In derselben giebt Verfasser in kurzgefasster, jedoch möglichst erschöpfender Form, bei Anführung der von ihm benutzten Quellen im I. Theil einen Ueberblick über die Entwickelung des französischen Militär-Sanitätwesens; von den Anfängen bis zur Revolution 1789, während der Revolution und des Kaiserreichs 1789—1815, von der Restauration bis zur Gegenwart. Im II. Theil wird die gegenwärtige Organisation des französischen Militär-Sanitätswesens besprochen als: Allgemeine Uebersicht der Heeresorganisation, Organisation und Leitung des Sanitätswesens; Sanitätsdienst im Frieden, Sanitätsdienst im Felde: a) Organisation, Ausrüstung, Leitung und Durchführung. Freiwillige Sanitätspflege. Der Zweck, den Verfasser bei Veröffentlichung der vorliegenden Arbeit verfolgt hat, war, ein Lehrbuch für die Militärärzte, die sich dem stabsärztlichen Examen zu unterwerfen haben, zu schaffen. Unserer Meinung nach ist dieser Zweck vom Verf. erreicht worden, doch hält uns gerade dieses davon ab, näher auf den Inhalt einzugehen, da derselbe ein specielles Interesse für Militärärzte hat. Von allgemeinem Interesse ist es, auch aus der vorliegenden Arbeit zu ersehen, dass Anfangs, da die Aerzte, bei der bestehenden Zweitheilung in «Mediciner» und «Chirurgen», die sich gegenseitig bekämpften und mit einander bis aufs Blut stritten, sie keine ihren Kenntnissen entsprechende selbstständige Stellung im Dienst erlangen konnten, sondern gerade nach den Napoleonischen Kriegen, in denen die Militärärzte unter Anführung von weltbekannten Männern wie z. B. Larrey, Percy etc. sich allgemeine Achtung durch ihre selbstaufopfernde Thätigkeit erworben hatten, in vollkommene Abhängigkeit von der Intendantur gelangten, von der sie erst nach 1889 sich befreien konnten. Der Chef des Sanitätsdienstes ist dem Kriegsminister untergeben, der Corpssanitätschef dem Corpscommandant; die Corpssanitätschefs, sowie die Dienstchefs der Spitäler, Ambulanzen und Apotheken werden dem Sanitätscorps entnommen. Dieselben sind in Bezug auf den Sanitätsdienst Vorgesetzte des gesammten Militär- und Civilpersonals, welches diesem Dienste dauernd oder zeitweilig zugewiesen ist.

J. Grimm.

Dr. Alois Strasser. Umschläge, ihre Wirkungs- und Anwendungsweise. Mit 10 Holzschnitten. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1896.

Der am häufigsten und zwar auf allen Gebieten der Medicin geübte Zweig der Hydrotherapie ist entschieden die Application des Wassers auf den Körper in Form von Umschlägen. Dieselben werden eingetheilt in 1) kalte und 2) warme. Bei den kalten werden zwei Arten unterschieden a) kühlende und b) erregende oder erwärmende Umschläge. Wie für alle anderen Heilmittel giebt es natürlich auch für die einzelnen eben erwähnten Arten von Umschlägen ganz präcisirte Indicationen und sind sie auch ihrer Wirkung nach von einander sehr verschieden. In seiner Broschüre versucht nun Verfasser auf Grund physiologischer Forschungen und sich stützend auf die Resultate bei pathologischen Processen in therapeutischer Hinsicht dem Praktiker eine Handhabe und Richtschnur zu geben, mit Erfolg Compressen anwenden zu können. Neben den erwähnten Gesichtspunkten wird von Strasser im Allgemeinen Theil das Bedecken der Umschläge, das Wechseln derselben und das übrige die Anwendungsweise Betreffende besprochen. Im speciellen Theile dagegen haben wir eine Eintheilung und Unterscheidung der einzelnen Umschläge, je nach den Körperregionen, was für den Praktiker bequem zum Nachschlagen ist. Im Ganzen ist diese Arbeit höchst lesenswerth.

Hecker.

Handatlas der Anatomie des Menschen. in 750 theils farbigen Abbildungen mit Text. Mit Unterstützung von Wilhelm His, bearbeitet von Werner Spaltenholz. Erste Abtheilung. Leipzig, Verlag von S. Hirzel 1895.

Dieses neue anatomische Bilderwerk besticht durch die Schönheit seiner Zeichnungen, die fast ausnahmslos nach Originalpräparaten hergestellt und daher weniger schematisch sind, als man es sonst wohl sieht. Die mittelst Autotypie reproducirten Abbildungen sind von besonders schöner Plastik. Dem Text ist die neue auf der Baseler Anatomenversammlung 1895 vereinbarte Nomenclatur zu Grunde gelegt. Die vorliegende erste Abtheilung des Atlas enthält die Knochenlehre und einen Theil der Bänder- und Gelenklehre. Es sind noch zwei Abtheilungen zu erwarten, denen man wohl mit besonderer Spannung entgegensehen kann, da die darzustellenden

Objecte (Muskeln, Gefässe, Hirn, Nerven, Sinnesorgane, Eingeweide) bedeutend schwieriger sind. Fallen diese Abtheilungen ebenso künstlerisch aus, wie die vorliegende, so wird ein Prachtwerk entstehen, auf das der Verfasser und Verleger stolz sein dürfen. Wir können dann beiden wohl sicher grossen Erfolg voraussagen, der sie für die ersichtlich enorme Arbeit entschädigen möge. Wir werden die folgenden Abtheilungen anzeigen, sobald sie uns zugegangen sind. -W.

Karl Baas: Das Gesichtsfeld. Ein Handbuch für Augenärzte, Neurologen, praktische Aerzte u. Studirende. Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1896. 264 Seiten. Preis 8 Mark.

Zusammenfassende Bearbeitung unserer gegenwärtigen Kenntnisse über das Gesichtsfeld und seine Anomalien. Die Einleitung bespricht Begriff, Geschichte des Gesichtsfeldes, Werth, Bedeutung und Methoden seiner Messung, und enthält die nothwendigen anatomisch-physiologischen Vorbemerkungen. Im ersten Theile wird das normale Gesichtsfeld abgehandelt. Der zweite Theil untersucht in getrennten Abschnitten das pathologische Gesichtsfeld bei Erkrankungen der Chorioidea, der Retina, des Nervus opticus beim Glaukom, giebt endlich eine Beschreibung der hemianopischen und der functionellen Gesichtsfeldtörungen. Ausführliche Literaturangaben, 100 Figuren im Texte, ein Namen- und ein Sachregister erhöhen den Werth des Buches.

Michelson.

Hermann Wilbrand: Die Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes unter normalen und pathologischen Bedingungen. Mit 8 Tafeln u. 2 Textabbildungen. Wiesbaden, Verl. v. J. F. Bergmann, 1896. 181 Seiten. Preis 6 Mark.

Die neuerdings entstandene Streitfrage, ob die Ermüdungseinschränkungen nur im Gesichtsfelde Nervöser oder auch bei Gesunden beobachtet werden, findet durch die vom Verfasser gegebene physiologische Erklärung für die concentrischen und für die sog. Ermüdungseinschränkungen des Gesichtsfeldes ihre Erledigung. Die Gesammtheit der klinischen Erscheinungen rein functioneller Sehstörungen lässt sich auf gewisse Vorgänge im retinalen Stoffwechsel zurückführen. Einerseits nämlich stellte Verf. mittelst seiner Methode der Gesichtsfeldprüfung mit kleinen Objecten Leuchtfarbe im absoluten Dunkelraume die Thatsache fest, dass mit allen organischen Läsionen namentlich der optischen Leitung durchgängig rein functionelle Sehstörungen parallel verlaufen, andererseits sind in letzter Zeit centrifugalleitende optische Bahnen entdeckt worden. Diese beiden Momente lassen den Verf. folgende Ansicht aussprechen: «Während die centripetalen Bahnen von den Retinalzapfen aus die Erregungen nach dem optischen Wahrnehmungscentrum hin gelangen lassen, allwo sie in Lichtempfindungen umgesetzt werden, stehen jene centrifugalen Bahnen aller Wahrscheinlichkeit nach in Leitungsverbindung mit den retinalen Stäbchen. Die Letzteren scheinen aber bei ihren bekannten Beziehungen zum Schroth und zu dem Pigmentepithel als diejenigen Elemente angesehen werden zu dürfen, welche den Wiederersatz der durch Lichteinwirkung in den Zapfen verbrauchten Sehstoffe produciren». Auch auf das Wesen der erworbenen Hemeralopie wirft die Beobachtung des im Titel genannten Phänomens neues Licht, was in einem besonderen dieser Krankheit gewidmeten Abschnitte des Buches nachgewiesen wird.

Michelson.

Prof. Riedel. Anleitung zum Operiren an der Leiche und am Lebenden mit Rücksicht auf ärztliche Praxis. Jena, Gustav Fischer, 1896.

Ein kleines, sehr anregend und frisch geschriebenes Buch, das darin von allen übrigen Operationslehren abweicht, dass es fast nur diejenigen Operationen enthält, die jeder praktische Arzt machen kann und unter Umständen machen muss: Gefässunterbindungen, Spaltung der Sehnenscheiden, Sehnennaht, Tracheotomie, Herniotomie, Oesophagotomie, Amputatio mammae, Urethrotomie, Sectio alta, Blasennaht, Nierenexstirpation, Anus präternaturalis, Geschwulstoperationen, Resectionen und Amputationen, Empyemoperation, Behandlung von Schussverletzungen. Sehr nützlich und interessant sind die Bemerkungen über Wundbehandlung, die zahlreich im Text verstreut und in einem kurzen Anhang zusammengefasst sind. Für den Chirurgen ist manches von Interesse, worin R. vom Ueblichen abweicht, z. B. das active Eingreifen bei Schädelschüssen, R.'s Behandlung des Kieferhöhlenempyems, die Warnung vor dem vollständigen Vernähen tiefer Wunden, das Offenlassen der Hautwunde nach Laparotomien u. A. R. bietet ausgewählte Aphorismen aus der Operationslehre, sein Buch ist als Ergänzung zu den grösseren Werken von hohem Werth; sein Hauptvorzug besteht in dem subjectiven Gepräge, das ein so hervorragender Chirurg wie R. seinem Werk mit vollem Recht geben darf.

Wanach.

Kahlden-Laurent. Technique mikroskopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie. Paris, Carré, 1896.

Nach der 3. deutschen Auflage des bekannten Kahlden-schen Buches gearbeitet. Einige Zusätze nach Angaben anderer Autoren, die in der deutschen Ausgabe zum Theil nicht berücksichtigt sind, erweitern den Kreis des Gebotenen; doch werden diese Vortheile durch den Mangel eines Sachregisters und den sehr wenig übersichtlichen Druck stark beeinträchtigt.

Wichert.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medic. Abtheilung des Königl. Preuss. Kriegsministeriums. Heft 10.

Versuche zur Feststellung der Verwerthbarkeit der Roentgen'schen Strahlen für medic.-chirurgische Zwecke. Mit 23 Abbildungen. Berlin, 1896.

Die vorliegende Schrift stellt den Bericht über von der Medic.-Abtheilung des Preuss. Kriegsministeriums angestellte Versuche dar, die zum Zweck der methodischen Prüfung der neuen Entdeckung nach der Richtung hin: wie weit sind die Roentgen'schen Strahlen für medic.-chirurgische Zwecke brauchbar, in welcher Weise geht man bei ihrer Anwendung am zweckmässigsten vor, und welche Grenzen sind dem Verfahren gesteckt? vorgenommen sind. Durchführbar war das Unternehmen nur durch die Hilfe der Physikalisch-Technischen Reichsanstalt, in welcher die photographischen und physikalischen Arbeiten von den Herren Dr. Kurlbaum und Dr. Wien ausgeführt wurden; seitens der Medic.-Abtheilung des Kriegministeriums waren mit der Arbeit und Berichterstattung der Oberarzt I. Kl. Dr. Schjerning und Stabsarzt Dr. Kranzfelder betraut.

Die Arbeit zerfällt in 6 Abtheilungen. In der 1. Abtheilung liegt uns ein genauer Bericht der Art und Weise, wie die Versuche angestellt wurden vor. In der 2. Abtheilung wird eine Beschreibung der XIX der Schrift im Abdruck beigegebenen, mittelst Roentgen'schen Strahlen erzielten photographischen Aufnahmen gegeben. Diese Abbildungen sind theils Schattenbilder von anatomischen Präparaten der Extremitäten, theils solche von mit Fremdkörpern versehenen Extremitäten von lebenden Menschen und ausserdem noch das Abbild eines 5-monatlichen Foetus. In der 3. Abtheilung werden die besonderen Eigenschaften der neuentdeckten x-Strahlen erklärt und es wird betont, dass für medicinisch-chirurgische Zwecke hauptsächlich folgende Eigenschaften in Betracht kommen und von Werth sind: die Fähigkeit, die verschiedenen Arten organischer Substanz mehr oder weniger leicht, die anorganischen (Kalksalze der Knochen) verhältnissmässig schwer zu durchdringen; die Eigenthümlichkeit nicht reflectirt zu werden und ungebrochen beim Uebergang aus einem Medium in ein anderes geradlinig ihren Weg fortzusetzen, und die chemische Wirkung der Strahlen auf photographische Platten; es wird die Behandlung der photographischen Platten besprochen und die Aufmerksamkeit wird auf Folgendes gelenkt: es gelingt schwer bei Betrachtung des gewonnenen positiven Bildes das Auge von der gewohnten Deutung der Lichter und Schatten im Bilde als plastischen Ausdruck der Form los zu machen, während man sich gegenwärtig halten muss, dass man ausnahmslos nur hellere und dunklere Schatten als Ausdruck dafür vor sich hat, dass übereinanderliegende Schichten, die selbst an verschiedenen Stellen verschieden durchlässig sind, auf eine einzige Ebene projicirt werden, wobei der Begriff der «Tiefen im Raum» in einem solchen Bilde fehlt.—Zweitens ist folgender Unterschied zwischen den Bildern die mittelst der x-Strahlen und mittelst der gewöhnlichen Photographie erlangt werden zu beachten; bei der gewöhnlichen photographischen Aufnahme wird das Bild auf der Platte umgekehrt und erscheint auf dem Abzug wieder aufrecht, dagegen bei der «Schatten-Photographie» ist das Bild der Platte ein aufrechtes und erleidet auf dem endgiltigen Positiv die Umkehrung. Dann muss beachtet werden, dass man stets ein allgemein vergrössertes Bild vor sich hat, da dasselbe durch einen Strahlenkegel gezeichnet wird, dessen annähernd punktförmige Spitze die Strahlenquelle, und dessen Basis die photographische Platte ist. Die Erklärung dazu wird im Text gegeben und zur Erläuterung ist eine Zeichnung beigegeben. — In der 4. Abtheilung wird die Durchlässigkeit verschiedener Gewebe für x-Strahlen besprochen, wobei zu beachten ist, dass die beinahe vollkommene Durchlässigkeit unserer gebräuchlichsten Verbandstoffe selbst in dicken Schichten bei photographischen Aufnahmen das Aufdecken von Wunden und das Ablösen von Verbänden unnöthig macht. — Im 5. Abschnitt wird der Nachweis von Fremdkörpern im Körperinnern durch die x-Strahlen verhandelt, der nur dann zu erbringen ist, wenn die Substanz des Fremdkörpers wesentlich stärker für die x-Strahlen undurchlässig ist als durchschnittlich das organische Gewebe, so dass der Fremdkörper sich

durch Schattenschwärze aus dem helleren Grundton des Bildes abhebt. So entziehen sich wegen ihrer grossen Durchlässigkeit für x-Strahlen dem Nachweise durch Roentgen'sche Durchstrahlung z. B. durch die Geschosse in die Körpergewebe mitgerissene Fetzen der Kleidung, Holzsplitter etc. — Im 6. Abschnitt sind die Schlussfolgerungen über die diagnostische Verwerthbarkeit der x-Strahlen für medic.-chirurg. Zwecke gezogen, die nach Meinung der obengenannten Herren sich dahin formuliren dass die Methode schon jetzt, wo sie noch der weiteren Entwickelung harrt, besonders betreffs der Verkürzung der Expositionsdauer der betreffenden Gegenstände, sehr werthvolle Unterstützung giebt zur Erkennung von in den Körpertheilen, besonders den Extremitäten als Fusssohle. Hände etc. eingeheilten und durch andere Untersuchungsmethoden nicht nachweisbaren kleinen, festen Fremdkörpern z. B. Glassplittern, die sich innerhalb der derben Gewebe unserem Tastgefühl entziehen und häufig jahrelange quälende und die Functionen aufs Aeusserste beeinträchtigende Störungen verursachen. — «Ein neues mechanisches, diagnostisches Hilfsmittel ist der ärztlichen Kunst geboten, es ist zur Zeit noch klein und unscheinbar, doch in den Händen der berufenen Vertreter der Wissenschaft kann und muss es sich in Zukunft zu erhöhter Brauchbarkeit und Vollkommenheit gestalten.» Grimm.

Dr. J. Lange und Dr. M. Brückner. «Grundriss der Krankheiten des Kindesalters.» Leipzig. Verlag von C. Naumann 1896. 4 Mark.

Ungeachtet dessen, dass in der letzten Zeit eine beträchtliche Zahl Lehrbücher und Leitfaden der Pädiatrie erschienen ist, sind die Verfasser des Grundrisses, frühere Assistenten von Heubner während seiner Leipziger Thätigkeit, der ihnen vom Verlage der «Medicinischen Bibliothek für praktische Aerzte» gestellten Aufforderung mit Erfolg nachgekommen, so dass ihr Grundriss sich in nicht wenigen Beziehungen von anderen ähnlichen Werken vortheilhaft auszeichnet.

Bei den vorwiegend praktischen Zwecken der «Medicinischen Bibliothek» erschien es zweckmässig, wie die Verfasser im Vorwort betonen, die praktisch wichtigen Erkrankungen ausführlichst und, soweit es der Rahmen der Arbeit überhaupt gestattete, namentlich in Bezug auf die Behandlung ausführlicher als üblich zu besprechen. Es ist selbstverständlich, dass vielfach die Heubner'schen Auffassungen zur Geltung kommen, aber auch die übrigen neusten Anschauungen sind von den in der Literatur gut bewanderten Verfassern genügend verwerthet. Besonders haben uns die kurz und klar abgefassten allgemeinen Kapitel über Ernährung, Pflege, Hygiene etc. und die akuten Infektionskrankheiten gefallen. (Bei einer eventuellen neuen Auflage wäre es wünschenswerth in das letzte Kapitel auch die Dysenterie aufzunehmen, die wir vergeblich gesucht haben). Im allgemeinen ist also die ganze Anlage des einige 500 Seiten umfassenden Werkes, wenn auch vielleicht einige Einzelheiten verbesserungsfähig scheinen, als durchaus den modernen Anschauungen und Aufgaben des Kinderarztes gerecht werdend anzuerkennen. Daher wünschen wir demselben eine möglichst weite Verbreitung. Weyert

Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte, unter Mitwirkung von Prof. Alois Della Rosa. Herausgegeben von Prof. Carl Toldt. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1896 Zweite Lieferung (Knochenlehre). Dritte Lieferung (Bänderlehre).

Was wir in Nr. 1 dieser Wochenschrift von den hervorragenden Eigenschaften der 1. Lieferg. dieses neuen Atlas sagten, lässt sich auch auf die vorliegende 2. und 3. Lieferg., letztere von Prof. Della Rosa allein bearbeitet, übertragen. Die Abbildungen sind ebenso vorzüglich, die Entwickelungsgeschichte der Knochen ebenso schön dargestellt. Die 2. Lieferung enthält ein alphabetisches Register zur Knochenlehre, die 3. ein solches zur Bänderlehre.

Die Erwerbung des Atlas kann nur warm empfohlen werden. Wanach.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. III. Auflage. Band V. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1894.

Der fünfte Band des berühmten Werkes, das in III. Auflage erscheint, umfasst die Artikel Cnidosis bis Digestion. Als hervorragendsten Artikel kann man wohl die Abhandlung von Wernich über Desinfection bezeichnen, die noch einen besonderen Werth durch das ausführliche Literaturverzeichniss bekommt. Dieses Verzeichniss ist nach Jahren, von 1866 bis 1894, geordnet und umfasst 365 Nummern. Sehr interessant ist auch, angesichts der sehr verbreiteten Cocainanwendung der ausführliche Artikel von Vogl über Coca. Einer ergänzenden Umarbeitung bedarf der Albert-sche Aufsatz über Darmfisteln. Im Ganzen steht der Band natürlich auf derselben Höhe wie seine Vorgänger. W.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. Dritte Auflage. Bd. VI. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1895.

Aus dem reichen Inhalt dieses Bandes (Digestiva bis Endermatische Methode) sei besonders genannt die ausgezeichnete Monographie von Baginsky über Diphtherie. Sein objectiver Standpunkt der Serumtherapie gegenüber verleiht seiner Anerkennung dieser noch immer heftig angefochtenen Heilmethode ein besonderes Gewicht. In dem Artikel Durchleuchtung von A. und L. Kuttner ist die kritische Würdigung der «in keiner Weise zu überschätzenden» Magendurchleuchtung anzuerkennen. Für den hervorragenden Werth des Artikels «Ellenbogengelenk» bürgt der Name des Verfassers — E. Gurlt, dasselbe gilt von den Abhandlungen Remak's über Elektrotherapie und Elektrodiagnostik (462 und 522 Literaturnummern!) W.

Prof. E. Sonnenburg. Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendicitis simplex und Appendicitis perforativa). Zweite sehr erweiterte Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1895.

Die praktisch so ungeheuer wichtige Appendicitis, der leider noch immer sehr viele junge Menschenleben zum Opfer fallen, weil die guten Resultate ihrer chirurgischen Behandlung manchen therapeutischen Cunctatoren unbekannt sind (Ref. spricht aus mehrfacher eigener Erfahrung), ist von Sonnenburg bekanntlich in ausgezeichneter Vollständigkeit bearbeitet worden. Die Monographie umfasst in der vorliegenden 2. Auflage den Bericht über 130 Fälle, die S. selbst operirt hat. Eine genaue Inhaltsangabe an dieser Stelle ist überflüssig, weil jeder Arzt, einerlei ob Chirurg oder Therapeut, das Werk aufs Genaueste durchstudiren sollte. Sonnenburgs Resultate — 91 uncomplicirte Fälle ohne Todesfall operirt—dürften das durchschnittlich von allen etwas geübteren Chirurgen, auch wenn ihre Zahlen kleiner sind, Erreichbare repräsentiren. Lehrreicher, aber viel trauriger sind die nicht wenig zahlreichen Todesfälle, die an schweren Complicationen — namentlich eitriger Peritonitis — zu Grunde gingen, meist weil sie zu lange, «conservirt» wurden. Aber auch für die erfolgreiche chirurgische Behandlung schwerster Complicationen finden sich bei S. zahlreiche tröstliche Belege. Wer Gelegenheit gehabt hat, eine grössere Zahl Appendicitis-Kranker zu sehen und zu behandeln, findet auf Schritt und Tritt bei S. wohlbekannte Bilder und Situationen, nur dass der Kampf mit der alten Routine offenbar in Berlin erfolgreicher geführt wird als bei uns, wo selbst Professore der Chirurgie z. B. die Operation einer unzählige Male recidivirenden Appendicitis, die einen jungen Menschen in jahrelangem Siechthum hält, direct widerrathen, weil kein fluctuirender Abscess da ist (eigenes Erlebniss, Ref.). An Material, um sich mit der so äusserst vielgestaltigen Krankheit vertraut zu machen, fehlt es wahrlich nicht bei uns; es ist reichlich in den innern, zum viel kleinern Theil in den chirurgischen Abtheilungen unserer Hospitäler und leider auch nur zu häufig in den Sectionskammern zu finden. Den unzweifelhaften in der Therapie der Appendicitis herrschenden Uebelständen kann nur auf einem Wege abgeholfen werden — durch Belehrung und diese ist im Sonnenburg'schen Buch reichlich zu haben. Gewinnt es die ihm gebührende Verbreitung auch bei den praktischen Aerzten, so wird das sicher einer grossen Zahl von Menschen das Leben retten. Wanach.

Prof. Dr. Wilhelm Kirchner: Handbuch der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende Fünfte Auflage. Berlin, 1896. Verlag von Friedrich Wreden.

Das allgemein bekannte Handbuch der Ohrenheilkunde von Prof. Kirchner erfreut sich einer ungeheueren Verbreitung unter den Aerzten und Studirenden des In- und Auslandes. Im Laufe eines Decenniums hat es 5 deutsche Auflagen und mehrere Uebersetzungen in fremde Sprachen erfahren. Es ist in demselben hauptsächlich auf die Bedürfnisse der Praxis Rücksicht genommen, weshalb der theoretische Theil, namentich die anatomischen und physiologischen Schilderungen, hier nur auf das Nothwendigste beschränkt werden mussten. Dagegen giebt Verf. für jede Untersuchungsmethode die genauesten Vorschriften, bei denen auch die geringsten Veränderungen nicht übersehen werden. Die Krankheitsbilder sind kurz und scharf gezeichnet, die Kapitel der Diagnose und Therapie klar. Die leichte und verständliche Darstellung des Handbuches, das trotz seiner Kürze sehr inhaltsreich ist, die reiche praktische Erfahrung des Verf., die sich in seinem Werke ausspricht, machen dasselbe besonders werthvoll.

Was speciell diese neue, fünfte Auflage anbetrifft, so wurde in derselben insbesondere das Kapitel über die, mit dem Ohrleiden so eng zusammenhängenden, Erkrankungen des Nasenrachenraums, sowie über die chirurgische Behandlung der eitrigen Mittelohr-Processe und des Warzenfortsatzes mehrfach ergänzt und erweitert. Das Studium des Werkes kann be-

sonders den praktischen Aertzen und Studirenden aufs Wärmste empfohlen werden, denen es als Führer und Rathgeber auf dem Gebiete der Ohrenkrankheiten zu dienen, am besten geeignet ist. A. Sacher.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. Wien, 1896. Alfred Hölder Band I., Lieferung 1.

Die Zahl der in den letzten Jahren erschienenen Lehrbücher der Laryngologie und Rhinologie ist, entsprechend der raschen Entwickelung dieser wissenschaftlichen Disciplinen, eine sehr grosse. Jedes derselben hat aber seine Mängel und Schwächen: bei der grossen Fülle des Materials wird es dem Verfasser eines laryngologischen oder rhinologischen Lehrbuches schwer, ja fast unmöglich den einzelnen Abschnitten derselben eine gleichmässige Bearbeitung zu Theil werden zu lassen. Er hat nicht überall die gleiche, auf eigenen Untersuchungen begründete, Erfahrung, welche ja häufig von Zufälligkeiten der Praxis abhängig ist, und spricht nicht überall mit der gleichen Autorität. Aus diesen, für die übrigen Zweige der medicinischen Wissenschaft schon längst anerkannten, wichtigen Gründen ist es jetzt wohl auch für die verhältnissmässig junge Wissenschaft der Laryngo- und Rhinologie an der Zeit, ein Handbuch in Gestalt eines Sammelwerkes zu schaffen, dessen einzelne Abschnitte von den bedeutendsten Forschern auf diesem Gebiete zur Darstellung gebracht würden. Soviel aus dem Prospecte zu ersehen ist, ist es dem Herausgeber dieses Werkes gelungen, eine grössere Anzahl der hervorragendsten Gelehrten zum Aufbau desselben zu vereinigen, deren Namen für das Gedeihen des Buches bürgen. Die Eintheilung des Werkes, dessen 1. Lieferung uns jetzt vorliegt, ist folgende: I. Band: Kehlkopf und Luftröhre. II. Band: Rachen. III. Band: Nase. Die erste Lieferung des I. Bandes enthält die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie von Dr. P. Heymann (Privatdocent in Berlin) und Dr. E. Kronenberg (Solingen) und einen Theil der vom berühmten Wiener Prof. Dr. E. Zuckerkandl bearbeiteten Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfes und der Luftröhre. Was den ersten Abschnitt anbetrifft, so haben die Verfasser desselben die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie in ihren verschiedenen Entwicklungsphasen mit der grössten Vollständigkeit bearbeitet. Die Vorgeschichte des Laryngoskops, die hervorragende Bedeutung der Einführung des Kehlkopfspiegels von Türck und Czermak im Jahre 1858, mit dem eigentlich die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie beginnt, die darauf folgende Arbeit- und Erfolgreiche Epoche dieser neugeschaffenen Wissenschaft, der umgestaltende Einfluss auf dieselbe durch die Anwendung des Cocain, sind sehr sorgfältig und ausführlich dargestellt. Einer besonderen Empfehlung bedarf das Werk nicht; jeder mit der Laryngologie und Rhinologie sich näher beschäftigende College wird wohl den Mangel an einem solchen schon längst empfunden haben und das Erscheinen desselben mit grösster Freude begrüssen.

A. Sacher.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Sajous. Annal of the Universal Medical Sciences Vol I—V, Philadelphia 1895.

Penzoldt, Stintzing. Руководство къ частной терапіи. Петербургъ. Риккеръ 1896.

Бехтеревъ. Значеніе органовъ равновѣсія въ образованіи представленій о пространствѣ. ibidem.

Weismann. Ueber Germinal Selection. Jena, Fischer 1896.

Aronsohn. Tuberculose pulmonaire Bois-le-Dec. Robijes 1896.

Wahlden Laurent. Technique Microscopique. Paris, Carré 1896.

Picard. Maladies de la prostate. ibidem.

Miknlicz Naunyn. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Band I, Heft 1. Jena, Fischer, 1895.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie I Band, Heft 7, 8. ibidem 1896.

Засѣцкій. Лекціи по частной патологіи и терапіи внутренныхъ болѣзней. С. ПБ. Риккеръ 1896.

The Jahns Hapkins hospital reports. Vol. V. Baltimore 1895.

Penzoldt Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Liefg. 23—25. Jena, Fischer 1895.

Weyl. Handbuch der Hygiene. Liefg. 17, 18—21. ibidem.

Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie IV Band, 1 Theil. IX Band, 1 Theil, III Abth. 1 Liefg. XIII Band, 2 Theil, II Abth., III Theil, 1 Abth. XXII Band, 1 und 2 Theil. Wien, Hölder 1896.

a) Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten. Heft 8.
b) aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Heft 1.
c) aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Heft 1. Halle a. S. Marhold 1896.

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz. III Reihe, Heft 10—12. Basel, Sallmann 1896.

Althaus. Hypochondrie und Nasophobie. Frankfurt a. M. Alt 1896.

Körner. Die ostitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. ibidem.

Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift gewidmet Georg Lewin. Berlin, Karger 1896.

Jaruntowsky. Geschlossene Heilanstalten für Lungenkranke. ibidem.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Juni d. J. 7306 (51 wen. als in d. Vorw.), darunter 947 Typhus — (28 mehr), 658 Syphilis — (1 mehr), 152 Scharlach — (0 wenig.), 67 Diphtherie — (4 wen.), 46 Masern — (17 wen.) und 51 Pockenkranke — (6 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. Juni bis 22. Juni 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
366	291	657	200	79	107	12	8	25	53	29	42	41	28	25	8	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 36, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 19, Scharlach 21, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 196, Todtgeborene 27.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 5 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 13. (25.) Juli 1896

Achter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der achte Aerztetag findet **in Wenden am 29., 30. und 31. August** c. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts spätestens bis zum 1. August bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber die Vorzüge eines Aufenthalts im Wiborger Gouvernement für Kranke mit chronischen Lungenaffectionen.

Von

Dr. E. Masing.

Vortrag, gehalten im deutschen ärztl. Verein am 15. Jan. 1896.

Ich empfinde das lebhafte Verlangen, den verehrten Collegen hier meine Erfahrungen zur Kritik vorzulegen, die ich seit vielen Jahren bei der Behandlung chronischer Lungenleiden gemacht habe. Während meines Hospitaldienstes hatte ich 6 Jahre lang im Marien-Magdalenenhospital die männlichen Schwindsüchtigen zu behandeln — eine genügende Zeit, um durch die Ohnmacht unseres ärztlichen Könnens dieser Krankheit gegenüber tief deprimirt zu werden. Aber auch die Privatpraxis richtete einen darin nicht auf, selbst wo man es mit Wohlhabenden zu thun hatte. Die Zahl derer, die dauernd geheilt wurden durch Kuren in Davos, Falkenstein, Görbersdorf, Meran etc. etc. war eine sehr kleine, selbst wenn es sich um Anfangsstadien handelte, gegenüber denen, die nur vorübergehende Besserung gewonnen hatten. Es ist verständlich, dass es daher auf mich Eindruck machte, als ich 1881 selbst lungenleidend zu werden anfing und als mir ein sehr erfahrener College sagte: «Wenn Sie nicht gleich nach Davos gehn, so cavire ich nicht mehr für den nächsten Winter». Das war mir unmöglich. Ich versuchte durch Vermeidung jeder Schädlichkeit die Heilung zu ermöglichen, Rauchen, jede Art Spirituosen, Gesellschaftsbesuche etc. wurden aufgegeben Als das nicht half, suchte ich im Sommer 6—8 Wochen im Walde von Pikruki bei Wiborg zu verbringen, dessen besonders intensiven Harzdüfte mir von früher her bekannt waren. Ich fand dort Heilung (Krankheitsgeschichte folgt) und zwar ohne besonderen Kostenaufwand, ohne mich von meiner Familie zu trennen und ohne wesentliche Schädigung meiner Berufsthätigkeit, die mir meine Existenzmittel verschaffte. Es ist verständlich, dass ich diesem Orte gegenüber Dankbarkeit empfinde und nach dieser Erfahrung Kranke und Aerzte darauf aufmerksam gemacht habe. Ich bin dabei sehr vielen Vorurtheilen begegnet. Erst in den letzten Jahren, wo das östliche Finnland überhaupt viel von Petersburgern besucht wird, gelang es mir leichter, Patienten dahin zu dirigiren und mehr Erfahrungen zu sammeln. Diese möchte ich nun Ihrer Prüfung vorlegen. Ich betone ausdrücklich, dass sich meine Erfahrungen nur auf das Wiborger Gouvernement beschränken. Das westliche Finnland kenne ich garnicht und habe gehört, dass dort Tuberculose sehr verbreitet sein soll. Ich lasse zunächst meine Krankengeschichten folgen, deren Lückenhaftigkeit ich sehr bedauere. Aber da die Kranken meist ohne ärztliche Controle auf dem Lande lebten und ich sie nur einige Male im Jahre sah, so war eine constante Beobachtung unmöglich.

Natürlich habe ich viel mehr Kranke vermocht, nach Finnland zu gehen, als hier mitgetheilt werden. Die ich in meiner Ambulanz berathen habe, darunter viele Dienstboten und Handwerker etc. habe ich später nicht wiedergesehen. Ich weiss aber, dass unter diesen auch schöne Erfolge gewesen sind. So ist nach Aussage der Verwandten eine junge Frau in Mustamäggi ganz genesen, die beständig seit Jahren hustete, fieberte und bacillenhaltige Sputa auswarf und deshalb Jahre lang Winter und Sommer in Zarskoje Selo wohnte. Sie erhielt sich dort so ziemlich in statu quo, aber besser wurde sie

nicht. Ich habe sie einmal untersucht und fand kranke Lungen bei gutem Ernährungszustande. Nachdem sie ein Jahr in Mustamäggi gelebt, soll sie jetzt gar nicht husten und fiebern und sehr blühend aussehen. Werth lege ich aber nur auf die Beobachtungen, wo ich oder andere Aerzte das Endresultat constatirt haben und solche theile ich hier mit.

I.

Dr. E. M. Etwas belastet (der Vater war als junger Mann von 30. Jahren einige Jahre «brustleidend» nachdem er einen Winter über den Pelz eines an Lungenschwindsucht Verstorbenen getragen hatte. Er wohnte in einer waldreichen, sehr gesunden Gegend der Insel Oesel und wurde dort ganz gesund. Im 68. Lebensjahre starb er an Herzverfettung, aber bei der Section wurde in der rechten Lungenspitze ein wallnussgrosses Kalkconcrement gefunden). Bis zum 38. Jahre waren die Brustorgane M's gesund, gelegentliche Erkältungscatarrhe vergingen vielleicht etwas langsamer als sonst bei Gesunden. 1880 von Dr. Kernig für die Lebensversicherung untersucht und für gesund befunden. Im Sommer 1881, der recht rauh und feucht war, am estländischen Strande in Sillamäggi kalt gebadet. Seitdem Allgemeinbefinden schlechter, anämisch, Husten mit wenig Schleimauswurf, der spärliches Alveolarepithel enthielt. Im Februar 1882 trockne Pleuritis r. v., die ohne Exsudatbildung verging. Darnach etablirte sich eine Dämpfung, die allmählig den ganzen r. Oberlappen einnahm mit abgeschwächtem Athem daselbst ohne Rasseln. Dr. Amburger diagnosticirte chron. interstitielle Pneumonie, Dr. Kernig und Dr. Reyher in Dorpat, tuberculöse Infiltration. In den Sommern 1882 und 1883 wurden je 2 Monate in der Nähe von Dorpat unter sehr günstigen Umständen verbracht, wobei locale und allgemeine Besserungen constatirt wurden, aber die übrigen 10 Monate des Jahres, die in St. Petersburg in ärztlicher Thätigkeit verbracht wurden, reducirten die Besserung wieder. Es waren während dieser 2 Jahre immer subfebrile Temperaturen in den Vormittagsstunden, von 9—12 Uhr Mittags 37,3—37,6, während Nachmittags und Abends die Temperatur immer unter 37,0 war. Während der Temperaturerhöhung subjectives Unbehagen, Frösteln, Kopf- und Brustschmerzen, dann leichte Transpiration am Oberkörper und den Füssen. Am Nachmittage Wohlbefinden und volle Leistungsfähigkeit. Husten wenig, fast ohne Auswurf, derselbe war schleimig, sehr zäh, enthielt mikroskopisch untersucht wenig Eiterkörperchen aber massenhafte Alveolarepithelien, theils nicht, theils mehr oder weniger stark verfettet, einzelne pigmentirt. Ausserdem makroskopische feine, weisse Klümpchen, die mikroskopisch aus einem Pilzgewirre bestehen. Auf Tuberbacillen wurde damals noch nicht untersucht. Trotz gutem Appetit und Stuhle sank das Körpergewicht ganz langsam in diesen 2 Jahren um 8 Kilo. Die Dämpfung auf dem r. Oberlappen wurde immer deutlicher. Vom Sommer 1884 ab verbrachte M. jährlich 6—8 Wochen in Finnland in Pikruki ganz nahe bei Wiborg im dichten Fichtenwalde. Gleich vom ersten Sommeraufenthalt daselbst änderte sich der Zustand deutlich. Die subfebrilen Temp. verschwanden und mit ihnen das subjective Unbehagen, namentlich auch die beständigen dumpfen Schmerzen in der rechten Brusthälfte, der Husten und die Schweisse. Das Körpergewicht fing an zuzunehmen. Die Winter nach solchen Sommern in Finnland wurden immer besser überstanden, so dass 1887 bis 1888 M. selbst sich für ganz gesund erachtete, obgleich Amburger die Dämpfung des r. Oberlappens noch wenig verändert fand. Dass Finnland das Wesentlichste zu dieser Wendung gethan, zeigte der Sommer 1889, den M. an der Westküste Oesels zubrachte, an einer den Südwinden ziemlich exponirten Stelle. Wieder begannen trotz desselben streng diätetischen Lebens (nicht Rauchen, keine Alkoholica, Athmen mit geschlossenem Munde) unmerklich alle Beschwerden, Temperaturerhöhungen und Gewichtsabnahme. Ebenso schlecht vertrug er ein kaltes Bad, das er ab und zu in Finnland nahm, um zu versuchen, ob das ohne Schaden möglich sei.

Die Sommer 1890 bis 1895 wurden wieder in Finnland verbracht und nun schien die Genesung besiegelt, denn tägliche kalte Seebäder dort, während der beiden letzten Sommer wurden vortrefflich vertragen. Das Körpergewicht ist um 14 Kilo gestiegen und er empfindet von Seiten der Respirationsorgane seit Jahren nicht die geringsten Beschwerden. Auch 2 Attaquen der Influenza wurden leicht überstanden ohne Folgen zu hinterlassen.

Eine im December 1895 von Dr. Kernig vorgenommene Untersuchung constatirte Abflachung des obersten Abschnitts der r. Brusthälfte, schwächere Athmungsexcursionen daselbst gegenüber links, vorn und hinten rechts oben leichte Dämpfung der Percussion. Respirationsgeräusche normal. Somit Schrumpfungserscheinungen als Ausdruck der Ausheilung eines chronisch entzündlichen (nach Kernig tuberculösen) Processes im r. Ohrlappen.

II.

Herr B. 30-jähriger Bankbeamter. Im April 1885 mich consultirt. Immer mager und blass aber sonst gesund gewesen. Leidenschaftlicher Segler. Jetzt seit Monaten krank, vergeblich behandelt: Heiserkeit, Husten mit viel Auswurf, Fieber, noch stärkere Abmagerung. Der linke Oberlappen giebt deutliche Dämpfung und subcrepitirendes Rasseln, in der linken Achselfläche feinstes Crepitiren ohne Dämpfung. Stimme ganz heiser. Ich habe in meinen Notizen direct geschrieben: Phthisis laryngis et pulm. sin. Auf meinen Rath ging er Anfang Mai nach Finnland und zwar in den Wald von Hovinma hinter Wiborg, wo er 4 Monate bis in den Herbst hinein blieb.

Ich habe ihn später nie untersucht, erfuhr aber von seiner Frau, dass er in diesem Sommer «ganz gesund» geworden war, Fieber — Husten — Auswurf verloren hatte und den ganzen Winter 1885/86 ohne zu versäumen in der Bank gearbeitet hatte. Ich sehe ihn ab und zu auf der Strasse und überzeuge mich dann, dass er zwar noch immer mager und blass ist, sonst aber Alles (Gang und Benehmen) für gutes Befinden spricht.

P. S. Am 19. Juni 1896 suchte ich ihn auf und untersuchte ihn. Gegen 10 Jahre zurück ist er deutlich fülliger geworden und seine Brust viel gesunder. In diesen 10 Jahren hat er an seinen Lungen gar nicht gelitten. Die physikalische Untersuchung ergab ganz normales Verhalten beider Lungen. Stimme nicht heiser.

III.

Herr R. Sp. Jetzt 27 Jahre alt, stammt aus einer Familie, wo Scropheln, fungöse Knochenleiden, Dermatitiden oft vorgekommen sind. Er litt als 15-jähriger an abscedirenden Lymphdrüsenentzündungen am Halse, wobei einmal der Abscess in den linken äusseren Gehörgang perforirte. Im Januar 1885 wieder ein solcher Abscess hinter dem l. Kieferwinkel. Einschnitt. Das Drainrohr ging 6 cm tief zur Schädelbasis hin. Im Laufe dieses Jahres 1885 wurden wiederholte operative und medicamentöse Behandlungen versucht, diesen langen persistirenden Fistelgang zur Verheilung zu bringen. Es gelang nicht und der Gang secernirte immer Eiter. Am 31. Dec. 1885 drang Prof. Monastyrski sehr kühn scharf und stumpf erweiternd vor und gelangte an eine cariöse Stelle an der Unterfläche des Felsenbeins dicht neben der Vena jugul. int. Wegen dieser Nachbarschaft durfte am Knochen nichts geschehen. Tamponade. Der Erfolg war sehr überraschend. Die Eiterung hörte ganz auf, aber es blieb ein 6 cm langer Gang, der am Kieferwinkel nach aussen mündete und der sich total mit Epidermis auskleidete. Aber statt des beständigen Eiterausflusses findet nun schon 10 Jahre lang beim Kauen Speichelausfluss statt, so dass er während des Essens dort ein Taschentuch halten muss. Ausser den Essenszeiten ist die Fistel ganz trocken.

Ein Jahr nach der Operation erkrankte R. Sp. ohne besonders deutliche Vorboten an einer schweren Lungenerkrankung. Am 19. Dec. 1886 trat plötzlich ein förmlicher Blutsturz ein, der sich am 20. wiederholte, dann als geringe Hämoptoe längere Zeit fortdauerte. Dabei Fieber bis 39 und mehr. Bei der ersten Untersuchung waren schwache Percussionsdifferenzen zwischen beiden Seiten da, die aber wegen beträchtlicher Scoliose nicht recht verwerthet werden konnten. Aber am 25. Dec. war es klar, dass der l. Oberlappen krank war. Dämpfung daselbst und feinstes Rasseln und Abschwächung des Athemgeräusches. Am 31. Dec. bestätigte Dr. Kernig diesen Befund und sprach sich auch sehr ernst in Bezug auf die Prognose aus. In dem noch blutigen Sputum wurden keine Tuberkelbacillen gefunden, aber diese Untersuchung war eine der ersten in diesem Gebiete, daher vielleicht nicht ganz unanfechtbar. Im Januar 1887 wurde er besser, das Fieber schwand allmählig fast bis zum Normalen, Husten und Auswurf liessen nach. Der l. Oberlappen athmete besser und auch das verdächtige Rasseln, das sich in der r. Lungenspitze im Januar etablirt hatte, schwand wieder. Zunächst brachte er den Februar bis Mai in Gatschina zu, dann vom Mai 1887 ab zwei Jahre in Finnland in verschiedenen Punkten des Wiborger Gouvernements, fast ausschliesslich auf dem Lande. Im Sommer wurden landwirthschaftliche Arbeiten, im Winter Jagd betrieben.

Aus dem sehr anämischen, mageren, flachbrüstigen jungen Menschen war ein stämmiger, robuster geworden, der in Tharand in Sachsen Landwirthschaft studirt und jetzt oft den ganzen Sommer über im Woronesch'schen Gouvernement Sümpfe entwässert und den Winter in Petersburg zubringt und der dabei ganz gesund geblieben ist. Gelegentlicher Erkältungshusten vergeht ohne Behandlung rasch und ganz, ohne dass er sich irgendwie schont. Ich habe ihn noch kürzlich zu mir gebeten und untersucht. Die Lungen sind vollkommen gesund.

IV.

N. H. 19-jähriger Gymnasiast. Nie erheblich krank gewesen, normale, recht kräftige Körperentwickelung. In der Familie nie ein Fall von Tuberkulose. In der Schule über ein Jahr

neben einem schwindsüchtigen Mitschüler gesessen, der auch an Schwindsucht starb. Im Juni 1894 erkrankte er — im Duderhof'schen Walde (also in sehr gesunder Gegend) lebend — an schleichender Pleuritis mit mässigem Fieber. Nach 3—4 wöchentlicher Dauer scheinbare Genesung. Anfang Juli badete er kalt; an demselben Abend 39,0. Seitdem hohes Fieber, Husten und Brustschmerzen, Auswurf gering aber reichlich Tuberkelbacillen enthaltend, keine Hämoptoe, rascher Kräfteverfall.

Anfang August sah ich ihn, den ich früher als kräftigen jungen Menschen gekannt hatte, sehr verändert wieder. Vorgeschrittene Abmagerung und Anämie, mit hektischer Röthe der Wangen. Fieber jeden Abende 39 und mehr. Nachts profuser Schweiss. Diarrhöen. Wenig Appetit. Kurzathmigkeit. Husten mit verhältnissmässig spärlichem Auswurf. Herz gesund. Linke Lunge ganz gesund. An der rechten ist die Percussion vorn von der Spitze bis zur 4. Rippe, hinten von der Spitze bis zur Höhe des IV. Process. spin. vertebrae dorsal. intensiv gedämpft. Auf der Dämpfung Bronchophonie, lautes Bronchialathmen mit klingenden consonirenden Rasselgeräuschen. Die wiederholten Untersuchungen des Auswurfs ergaben immer Tuberkelbacillen.

Bis in Finnland eine passende Unterkunft gefunden wurde, vergingen noch 3 Wochen, die Patient in Peterhof bei Verwandten in bester Pflege verbrachte. Er wurde stetig schlechter. Am 27. August nach Mustamäggi. Die Mutter, die bei ihm wohnte, aber wöchentlich nach Petersburg kam, berichtete über die stetig zunehmende Besserung. Die Durchfälle hatten gleich aufgehört. Nach einer Woche fing das Fieber an zu fallen. Mehrere Mal tägliche Temperaturmessungen zeigten diese rapide Besserung im Fieber. Am Ende der 2. Woche war er auch Abends fieberlos und hat später nur gelegentlich ab und zu subfebrile Temp. gehabt. Mit dem Fieber hörten die Nachtschweisse auf. Die zunehmenden Kräfte gestatteten täglich immer länger andauernde Streifzüge durch den Wald. Allmählich hörte auch der Husten auf.

Am 25. Decemb. war er drei Tage in St. Petersburg, wobei ich ihn untersuchen konnte. Die äussere Erscheinung war eine ganz andere wie im August. Gesunde, bräunliche Hautfarbe; frische Färbung der Schleimhäute und Gewichtszunahme um 14 Pfd. Kräftige Bewegungen ohne Dyspnoe. Die objectiven Befunde bei der physikalischen Brustuntersuchung entsprachen dem nicht ganz. Die Dämpfung auf dem r. Oberlappen war noch sehr deutlich, wenn auch nicht so intensiv wie vor 4 Monaten und reichte vorn nicht mehr bis zur 4. sondern nur bis zur 3. Rippe; Husten wie früher. Das Bronchialathmen war auf der Dämpfung auch noch sehr ausgesprochen, aber viel weniger consonirendes Rasseln, nur zum Schluss der Inspiration vereinzelte klingende Rasselgeräusche. Die Mutter bemerkte, dass in den 3 Tagen in Petersburg sich wieder etwas Husten mit Auswurf zeigte; die Sputa erwiesen noch Bacillen aber sehr vereinzelte.

Am 6. Mai war er wieder in Petersburg lediglich zur Untersuchung. Allgemeinbefinden vortrefflich. Gewicht 4 Pud 13 Pfd. Er ist leidenschaftlicher Velocipedist geworden und fährt gern 25 Werst am Tage. Am Tage und in der Nacht gar kein Husten, wohl aber am Morgen etwas und dann auch ein wenig weiss schleimiger Auswurf, der seit dem Januar keine Bacillen mehr gezeigt hat. Jetzt ist auch die Dämpfung hinten fast geschwunden und vorn nur über und unter der Clavicula bis zur 2. Rippe vorhanden. Deutliche Schrumpfungserscheinungen: R. V. O. abgeflacht, Athmungsexcursionen schwächer und die r. Lungenspitze ragt um 1½ Fingerbreiten weniger hoch hinauf als links. Nirgends Rasseln. Kein Bronchialathmen mehr. Rechts über und unter der Clavicula ganz hauchendes Athmen. Exspirium und Inspirium kaum zu unterscheiden. Sonst überall reines Vesiculärathmen, Herz gesund, aber sehr accelerirte Contractionen.

Wieder zurück nach Mustamäggi.

Anfang Juli war im Wesentlichen derselbe Befund. Die Dämpfung auch unter und über der Clavicula weniger deutlich und mit etwas tympanitischem Beiklang. In der Spitze tubares Athmen und zum Schlusse tiefster Inspirationen einzelne consondirende Rasselgeräusche (wahrscheinlich eine kleine Caverne — ob bronchiektatische?). Im 2. Interkostalraum rechts rauhes saccadirtes Athmen, sonst überall reines Vesiculärathmen in der rechten Lunge. Respiration 20 in der Minute, Puls 104.

Im August derselbe Befund. Ohne auch im mindesten Fieber zu haben, hat er immer beschleunigten Puls 104.

Unglücklicherweise musste Ende September der Aufenthalt in Mustamäggi unterbrochen werden. Es musste für ihn was anders gefunden werden. Da die Genesung so sehr gefördert war, so rieth ich selbst zu einem Aufenthalte im Jamburg'schen Kreise, wo die Eltern, die über nur sehr geringe Mittel verfügen, ihn kostenfrei placiren konnten. Aber es erwies sich, dass der Ort uns falsch geschildert war. Der Wald war entfernt vom Hause, der Boden sumpfig und das Wohnhaus erst vor Kurzem gebaut mit sehr wechselnder Temperatur der Zimmerluft (c. 18° Abends — 8—10° Morgens). Obgleich N. H. nur wenige Wochen da zubrachte, trat doch wieder Husten ein mit etwas Auswurf, in dem vereinzelte Bacillen gefunden wurden. Fieber war nicht, ja sogar noch eine Gewichtszunahme um 3 Pfd. Er kam zu Verwandten nach Peterhof, wo er sich wieder sehr wohl fühlte, so dass er sich für gesund erklärte und bat von weiterem Landaufenthalte abzusehen und ihm eine regelmässige Thätigkeit zu schaffen.

Der Versuch wurde gemacht. Vom 22. November an war er in sehr leichtem Telegraphendienst beschäftigt und lebte auch sonst hygienisch, wenn er sich auch Ausgehen Abends ohne Rücksicht auf's Wetter erlaubt hatte. Offenbar war das aber auch zu früh. Es stellte sich Fieber ein mit regelmässiger Erhebung um 38 herum in den Nachmittagsstunden, Abends und Morgens weniger. Gewichtsverlust in 3 Wochen um 7½ Pfd. Husten war sehr unbedeutend, ganz ohne Auswurf. Die Brustuntersuchung ergab dasselbe günstige Resultat wie früher. Die rechte Lungenspitze stark geschrumpft, sonst zunächst nichts Pathologisches. Leider war eine Ueberführung nach Finnland nicht wieder gleich möglich. Da traten Mitte December noch weitere Verschlechterungen ein: Fieber Nachmittags bis 39 und mehr. Nachtschweiss, Morgens 37,0. Die geschrumpfte r. Lungenspitze verändert sich nicht, aber zwischen der Wirbelsäule und dem unteren Winkel der r. Scapula ist eine Handtellergrosse Dämpfung, daselbst unbestimmtes Athmen und Rasseln, also ein neuer tuberculöser Verdichtungsheerd. Am 2. Januar 1896 wieder nach Mustamäggi und bis jetzt noch keine wesentliche Besserung; Fieber 38,7, Schwäche dauert fort und der Husten ist auch noch stark.

P. S. 19 Juni 1896. Ich habe den Pat. seit dem 2. Januar nicht gesehen, aber oft Nachrichten durch die Eltern und einen Collegen, der ihn alle 14 Tage zu besuchen die Freundlichkeit hatte, bekommen. Die tuberculöse Infiltration in den hinteren Theilen der r. Lunge ging unaufhaltsam weiter mit Bildung von Cavernen. Die geschrumpfte und als geheilt angesehene Lungenspitze blieb dagegen unverändert gut. Die abendlichen Fiebersteigerungen waren immer über 39,0, die Nachtschweisse profuse. Die Sputa enthielten reichlich Tuberkelbacillen. Unter zunehmender Schwäche starb er Ende Mai. Der unglückliche Verlauf des Recidivs hebt, wie mir scheint, die Bedeutung der Genesung von der ersten Attaque erst recht hervor. Andererseits zeigt dieser Verlauf, dass — war die Erkrankung eine so ernste — ein Jahr Aufenthalt in Finnland nicht genug ist, um bleibende Genesung zu garantiren.

V.

C. L., 17-jähriger Gymnasiast, war bisher nie erheblich krank gewesen. Sein Vater ist recht alt, über 60 Jahre, wohnt in gesunder Waldgegend im Lugaschen, er hustet und wirft viel Auswurf aus seit vielleicht 20 Jahren. Ob er tuberculös ist, lässt sich nicht constatiren, da er ärztliche Untersuchungen verweigert. Seit dem Herbst 1894 hartnäckiger Husten bei C. L. Dabei Brustschmerzen, Abmagerung (in 10 Tagen um 1½ Pf.) und zunehmende Anaemie. Kein Fieber. Im November 1894 untersuchte ich ihn: kräftiger Körperbau, etwas Hühnerbrust, linke Rippenknorpel wie prominent. Keine ausgesprochene Dämpfungen, wenn auch die Spitzen keinen recht vollen Percussionsschall bieten. In beiden Spitzen unbestimmtes Athmen mit trockenen Rhonchis. Husten quälend, Auswurf gering. In demselben ausserordentlich grosse Massen von Tuberkelbacillen in jedem Päparate in dichten Haufen. Anfang December 1894 wird er auch nach Mustamäggi geschickt, wo er mit N. H. zusammen bis zum September 1895 lebte. Während aber letzterer gewissenhaft und gehorsam alle gegebenen Vorschriften erfüllte, setzte C. L. denselben immer eine thörichte Opposition entgegen. Besonders die Paletotfrage in der kalten Jahreszeit war eine vielbestrittene. Wahrscheinlich zog er sich dadurch häufige Erkältungen zu, wodurch der Husten oft Exacerbation erfuhr. Dennoch erwiesen sich auch an ihm einige greifbare Besserungen. Im Mai sah ich ihn nach 5 Monaten wieder. Er war sehr gewachsen, hatte ein frisches Wesen, gesunde Hautfarbe, guten Appetit, aber etwas Neigung zu Durchfall, besonders bei reichlicher Milchdiät. Husten jetzt nur Morgens mit etwas Auswurf, sonst sehr wenig trocknen Husten. Keine Brustschmerzen mehr. Die unbestimmte Dämpfung, auf beide Spitzen beschränkt, existirt noch. Daselbst subcrepitirende Rasselgeräusche in mässiger Zahl, links nur vorn, rechts auch hinten oben hörbar. Nach weiteren 2 Monaten (Mai und Juni) sah ich ihn wieder. Die warme Jahreszeit hatte sehr günstig gewirkt, seine Unvorsichtigkeiten waren jetzt unschädlich gewesen. Die Dämpfung war rechts vorn ganz geschwunden, hinten kaum nachweisbar vorhanden; links ist hinten die Dämpfung geschwunden und existirt vorn und als 3-fingerbreiter Streifen längs dem Sternum, wobei die Percussion im II. Interkostalraum deutlich tympanitisch ist. Nur hier links vorn im I. und II. Interkostalraume ist noch etwas Rasseln zum Schluss der Inspiration, sonst in beiden Lungenspitzen

abgeschwächtes — überall sonst reines, lautes Vesiculärathmen. Husten gering, meist nur Morgens. Resp. 18. Puls 92. Kein Fieber. Auch er leidenschaftlicher Velocipedist geworden mit Strecken von 25 Werst pro die.

Anfang September wird er von den Verwandten aus Mustamäggi weggenommen und in die bei N. H. beschriebene Gegend bei Jamburg gebracht. Auf der Durchreise sah ich ihn. Er hatte wieder mehr Husten und Auswurf, auch war mehr Rasseln (aber grobblasiges) im linken Oberlappen. Etwas heiser. Dämpfung nicht wiedergekehrt. Nur etwas tympanitische Percussion links vorn im II. Interkostalraum. Kein Fieber. Appetit und Stuhl gut. — Puls 82 Resp. 16. Vom Decemb. 1894 bis Septemb. 1895 in Finnland zugebracht. Gewichtszunahme 10 Pf.

Interessant ist der Vergleich der 4 Sputumuntersuchungen, ausgeführt von Dr. Werner während dieser Zeit. Wie erwähnt war im Decemb. der Befund: In jedem Präparate ausserordentlich grosse Massen von Tuberkelbacillen in dichten Haufen.

Im März 95: Noch sehr viel Bacillen aber nicht mehr überall im Gesichtsfelde, es finden sich doch bacillenfreie Stellen. Dabei haben viele Bacillen eine veränderte Form, wie degenerirt.

Im Juni 95: Bacillen nicht gar wenig. Aber merkwürdige Metamorphosen der Stäbchen; wenn nicht einige wenige richtige gefunden wären, so müsste man an der Natur derselben zweifeln: merkwürdige Verschlingungen und Verknäuelungen. Sehr verringerte Affinität zum Fuchsin. Kaum 1—2 richtige, unveränderte Bacillen in jedem Gesichtsfelde, sonst allerlei Zerfallsformen. Dr. Werner fügt hier hinzu: ich glaube Prognose gut.

Im October 95 (ein Monat im Jamburgschen): Die Zahl der Bacillen hat jetzt sehr abgenommen, in 3 Präparaten wurden sie gezählt: 21, 19 und 3. Kaum einige von üblicher Grösse und Färbung, viele ganz kurze wie abgebrochen, — andere zwar von gewöhnlicher Grösse, aber wie aus mehreren Stücken zusammengesetzt mit Unterbrechungen in der Färbung und zuweilen in Zickzackform zusammengesetzt. Nirgends mehr Haufen von Bacillen.

Seitdem habe ich von C. L. nur gehört, dass er sich in derselben eigensinnigen und thörichten Weise, wie im vorigen Winter in Mustamäggi, so jetzt im Jamburgschen allen Erkältungen aussetzt, sein Zimmer nicht lüften lässt. Wechsel mit besseren Zimmern zurückweist etc. Er soll fiebern und schlecht aussehen doch aber bei guten Kräften sein.

P. S. 19. Juni 1896. Die Verwandten berichten, dass er sich sehr gut befindet. Er ist sehr leistungsfähig und behauptet ganz gesund zu sein. Wirklich sollen Husten, Auswurf, Fieber etc. geschwunden sein.

VI.

Ganz kurz möchte ich hier die Krankheit unseres verstorbenen Collegen Dr. G. A. erwähnen. Er war ja nicht eigentlich mein Patient, mir fehlen genaue Notizen. Doch habe ich ihn oft untersucht und kenne die Hauptetappen seiner Krankheit. Väterlicherseits tuberculös belastet. Doch bis zu seinem 44. Jahre nichts Verdächtiges. Im Marien-Magdalenenhospital behandelte er 10—15 Jahre lang die männlichen Schwindsüchtigen. Dort verletzte er sich bei der Section eines solchen den linken Kleinfinger; an der Stelle des Einstiches entstand ein Leichentuberkel, den A. ein Jahr lang oder mehr verschieden behandelte ohne Erfolg. Da schwand der Leichentuberkel in kurzer Zeit in überraschender Weise bei ganz indifferenter Behandlung. Ob hier irgend ein Zusammenhang vorlag, kann natürlich nie behauptet werden, aber kurze Zeit nach dem Schwinden der kleinen Geschwulst erweist sich 1887 A's rechte Lungenspitze als tuberculös erkrankt. Ab und zu Hämoptoen, Husten mit Auswurf, in dem spärlich Tuberkelbacillen gefunden wurden, schleichendes Fieber, Abmagerung. Im Frühling 1888 ging er auf einige Monate nach Cairo, von wo er sehr erholt zurückkehrte, um aber wieder bald diese Besserungen einzubüssen. Da trat noch eine chronisch-tuberculöse Erkrankung des l. Kniegelenkes ein, die dazwischen acute Perioden zeigte und ihn schliesslich ganz ans Bett fesselte. Nun war der Zustand desolat, da das Lungenleiden fortschritt. Im Mai 1892 wurde er nach Hortona bei Wiborg gebracht, wobei er wegen seines Knies und wegen allgemeiner Schwäche in und aus dem Waggon getragen werden musste. Hier blieb er jetzt 3 Monate ohne Untersuchung. Schon in den früheren Sommern seit 1886 hatte seine Familie immer in Hortona gelebt, er selbst war aber immer nur einige Tage dort, wobei doch die Beobachtung gemacht wurde, dass sein Husten dort aufhörte, um in Petersburg wieder anzufangen.

Das Resultat dieses ersten langen Aufenthalts in Finnland war eine wesentliche allgemeine Kräftigung, bedeutende Besserung der Lungenaffection und doch auch des Knies, so dass er mit Hülfe eines Thomas'schen Stiefels anfangen konnte, seinen Verpflichtungen im Dienste und in der Privatpraxis nachzukommen. Die weiteren Sommer mit meist 3 monatlichem Aufenthalte in Hortona förderten diese Besserung weiter, so dass er — gewiss mit Aufbietung seiner eisernen Energie und Missachtung zahlreicher Beschwerden vor allem im Knie — seine Arbeit wieder voll aufnahm und jeder Aufforderung zu Kranken Folge leistete, gleichviel wie gross die Zahl der Treppen und was für ein Wetter es war. Besonders aber profitirte die kranke Lunge. Auf dem Lande hustete er sehr wenig und dieser so zurückhaltende und streng kritische Mann konnte mir sagen: «Die Luft Finnlands wirkt magisch auf meinen Husten.» In Petersburg hustete er zu Zeiten viel und warf viel Sputum aus, das aber seit Jahr und Tag keine Tuberkel-Bacillen mehr enthielt. An der r. Lungenspitze war schliesslich eine ganz schwache Dämpfung und abgeschwächtes Respirium das einzige Residuum der früher bedrohlichen Erscheinungen. Im Frühling 1895 befiel A. an einer schweren, besonders durch quälende Neuritiden complicirten Influenza, die ihn sehr reduzirte, und schliesslich erlag er Ende Juli in Hortona einer Meningitis (offenbar auch tuberculöser Natur) in seinem 55. Lebensjahre.

VII.

Ganz flüchtig erwähne ich noch eines Tuberculösen, den ich nie gesehen habe, über den ich aber doch genaue Data besitze, die wohl mittheilenswerth sind, obgleich der Krankheitsprocess noch lange nicht zu einem Abschluss gekommen ist.

A. L., der Sohn eines hiesigen Collegen ist jetzt 23 Jahre alt. Nicht belastet, aber sehr schnell gewachsen und schmalbrüstig. Vor 4 Jahren trat er in England in ein kaufmännisches Geschäft. Er begann dort bald zu husten und nach 3 Monaten, im Juni 1892, trat ein profuser Blutsturz ein. Bis zum October 1892 auf Isle of Wight. Die rechte Lungenspitze erwies sich erkrankt. Vom Octob. 1892 bis April 93 in Cannes. Obgleich hier die Temperaturen immer subfebril waren und der Auswurf constant Tuberkel-Bacillen enthielt, machte die Erkrankung doch keine Fortschritte. Im Gegentheil, er erholte sich und nahm im ½ Jahre 10 Pf. an Gewicht zu. Er wog zuletzt hier 60 Kilo. Den Sommer 1893 verbrachte er in Weissenburg im Berner Oberlande bei Prof. Huguenin, der eine Caverne im r. Oberlappen und Affection des Kehlkopfes constatirte; letztere schwand bei Milchsäurepinselungen. Vom Herbst 1893 bis Frühling 1895 in Davos unter Turbans Behandlung. Dort fand im Mai 1894 ein neuer Blutsturz statt, wodurch der Zustand sehr schwer wurde. Von Mai bis August lag er ganz zu Bett. Sehr langsame Erholung. Den Sommer 1895 wieder in Weissenburg bei Huguenin, der doch den Fortschritt constatirte, dass die Caverne verheilt war. Aber das Gewicht war auf 55 Kilo gesunken und nun traten chronische Darmkatarrhe ein, die ihn sehr reducirten.

Auf mein Ueberreden brachte ihn der Vater im August 1895 aus der Schweiz nach Mustamäggi in Finnland. Die Durchfälle hörten hier sehr bald auf und er konnte wieder Milch vertragen, was schon lange nicht der Fall gewesen war. In den weiteren Wochen und Monaten traten noch andere Besserungen hervor. Das Fieber wurde langsam geringer. Ebenso Husten und die Kräfte stiegen ersichtlich.

Näheres kann ich nicht angeben, da der Vater durchaus erst nach Ablauf einer längeren Zeit, über den Einfluss Finnlands auf den Gesundheitszustand seines Sohnes Mittheilung machen möchte.

P. S. 19. Juni 1896. Ich höre von stetigen erfreulichen Fortschritten.

VIII.

Soweit meine Beobachtungen und Erfahrungen an Tuberculösen.

Ich erlaube mir noch einige Krankheitsgeschichten kurz zu erwähnen, wo es sich um anderweitige chronische Brustkrankheiten handelte, welche in Finnland Genesung oder Besserung fanden.

1) 3 Fälle von Asthma bronchiale.

a) S. K., jetzt 17 Jahre alt, stammt von sehr gesunden Eltern. 2 Brüder ihrer Mutter starben tuberculös. Ihr eigener Bruder litt Jahre lang an Caries der Nasenmuscheln; ein anderer wuchs sehr schnell zu einem sehr langen und schmalbrüstigen Menschen auf. Sie war immer anämisch und seit ihrem 10 Jahre litt sie an typischen Anfällen von Asthma bronchiale, die sich meist monatlich wiederholten und dann mehrere Tage dauerten. Der Schulbesuch wurde unmöglich. Im Jahre 1892/93 wurden die Anfälle seltener. Den Sommer 1893 in Pikruki bei Wiborg zugebracht. Ob propter hoc? ob die vorher schon begonnene Besserung überall weitere Fortschritte gemacht hätte? — genug in den letzten 3 Jahren hat sie nur einmal, immer im Herbste, einen wenig quälenden, kurzdauernden Anfall.

b) Frau Generalin L. jetzt 60 Jahre alt, war bis vor 17 Jahren ganz gesund. Einer ihrer Söhne litt an schwersten Anfällen von Asthma bronchiale. Vor c. 17 Jahren begannen auch bei ihr nach einem Sommeraufenthalt in einem feuchten Hause in Martischkino, besonders im Anschluss in Erkältungen, Anfällle von Bronchialasthma, die nicht oft eintraten, c. 3 Mal im Jahre, und auch nicht sehr excessive Grade erreichten,

aber dafür 2—3 Wochen lang anhielten und sie dann unfähig zu irgend einer Beschäftigung machten, sie nicht schlafen liessen etc. Die Sommer 1892, 1893 und 1894 brachte sie in Pikruki bei Wiborg zu. Sie empfand im ersten Sommer keine wesentliche Besserung, aber im 2. durchaus und auch die schweren Bronchialcatarrhe, welche die Anfälle begleiteten und überdauerten, sind weggeblieben. Seit 1895 bis jetzt ist es zu eigentlichen typischen Anfällen gar nicht gekommen. Im Frühling 1894 wurde ihr durch Laparotomie eine grosse Cyste entfernt. Die bedeutende Besserung ihres Asthmas war aber schon nach dem ersten Sommer in Pikruki evident während sie noch die Cyste trug. Nach den 3 Sommern in Finnland hat sie den letzten Sommer 1895 nicht dort sondern in Oranienbaum zugebracht. Aber das Asthma ist nicht wiedergekehrt. Sie hat sich ab und zu im letzten Jahre erkältet, aber der Schnupfen und Husten geht vorüber wie bei gesunden Menschen.

c) Herr R. L., jetzt 26 Jahre alt, Sohn der vorigen, leidet seit der Kindheit an häufigen und schwersten Asthmaanfällen, die sich zu Zeiten Woche für Woche wiederholten und Tage lang dauerten. Da war es dann, dass man bei den angestrengtesten Respirationsbewegungen des Thorax eigentlich nirgends ein Respirationsgeräusch in den Lungen hörte. Natürlich fand ein Gasaustausch in den Lungen statt, wenn auch ein ungenügender, wie die Cyanose zeigte, aber bis zu den oberflächlichsten Schichten beider Lungen drang die Luft nicht. Tannenluft schien ihm nicht zuträglich. Am Weihnachtsabend bekam er regelmässig einen Anfall und ein Sommer in Terrijokki (vor 15 oder 18 Jahren) war der schwerste. Mit der Mutter war er während der Sommer 1892, 93 und 94 in Pikruki. Wenn Anfälle herannahten (er fühlte meist eine aura) so war es ihm im Walde beklommen, er ruderte schnell auf den See hinaus und blieb dann stundenlang ganz still im Boote. Dieses grosse Luftreservoir that ihm wohl. In den letzten Jahren von 1893 bis jetzt sind aber die Anfälle seines Asthmas viel leichter geworden. Oft erfährt die Familie nur am Geruch der Stramoniumcigaretten, dass er Asthma gehabt hat. Zu Orthopnoe, zu Cyanose kommt es nie mehr. Er hat sich überhaupt sehr erholt und führt ein thätiges Leben. Dabei Velocipedist. Ob nun aber Finnland diese Besserung veranlasst, ist zweifelhaft. Es scheint beinahe, als ob die beiden croupösen Lungenentzündungen die er jetzt gehabt (die letzte sehr schwere Herbst 1895) aufs Asthma bronchiale günstig eingewirkt hatten. Damit sich aber diese heilsamen Pneumonien nicht wiederholen, lebt er auf meinen Rath 5 Tage in der Woche in Wiborg und besorgt in 2. hier seine Geschäfte. Dabei fühlt er sich sehr wohl.

2) Fälle von croupöser Pneumonie, deren Lösung sich sehr verzögerte oder in Zerfall überzugehen drohten.

a) E. P., jetzt 8 Jahre alt, stammt von sehr gesunden Eltern. Im Mai 1891 erkrankte er an croup. Pneumonie, die den ganzen rechten Unterlappen und die hinteren Partieen des rechten Oberlappens einnahm und sich schliesslich auch im linken Unterlappen etablirte. Recht bedrohlicher Verlauf, doch aber trat zur rechten Zeit die Krisis ein und Alles löste sich mit Ausnahme einer Stelle. Zwischen Wirbelsäule und rechtem Schulterblatt blieb eine circumscripte Dämpfung und Bronchialathmen wochenlang unverändert. Verdacht auf Caverne. Kein Fieber, aber solche Entkräftung, dass er noch wochenlang nach der Krisis nicht gehen konnte. Er wurde nach Tikkala bei Wiborg gebracht, wo ich ihn ab und zu besuchte und mich überzeugte, dass die verdichtete Stelle stetig besser wurde, bis im Herbste gar nichts Abnormes mehr nachweisbar war. Dabei vortreffliche allgemeine Erholung.

Er war bis jetzt ganz gesund geblieben, als er im Novemb. des vorigen Jahres an Influenza mit Pneumonie erkrankte. Aber diese war in der linken Lunge im Unterlappen und hatte einen sehr günstigen Verlauf. Die früher kranke rechte Lunge veränderte sich während der neuen Erkrankung gar nicht.

Erwähnt sei hier noch, dass ein Onkel E. P's, ein Bruder seiner Mutter, Finnländer von Geburt, als junger Mensch hochgradig schwindsüchtig wurde. Er starb aber nicht und ist schliesslich im Kaukasus, wo er eine Anstellung fand, ganz gesund geworden.

b) S. O., jetzt 17 Jahre alt, hat gesunde Eltern und Geschwister, aber schwindsüchtige Verwandten (Cousinen). Sie war ein zartes anämisches Mädchen als sie im Septemb. 1894 an einer croupösen Pneumonie der rechten Lunge erkrankte. Die Pneumonie nahm schubweise schliesslich die ganze rechte Lunge ein. Im linken Unterlappen war auch wochenlang verdächtiges Rasseln, aber zur Verdichtung kam es nicht. Dagegen war in der 4. Woche der Krankheit, als ohne Krisis rechts doch hie und da Lösung begonnen hatte, rechts ein nicht unbeträchtliches pleuritisches Exsudat nachweisbar. Im Sputum keine Tuberkelbacillen. Die Temp. nie unter 38.0. Puls 140. Resp. 44. Hochgradige allgemeine Entkräftung. Etwas Albumen im Urin. Urinquantum 600—700 Cbcm. Appetit gar keiner.

Im November wird es etwas besser. Das Exsudat resorbirt sich. Die Morgentemperaturen fangen an unter 38,0 zu sinken, Abends 38,5 und mehr. Viel Schweisse. Puls bleibt 140 und mehr. Resp. 32—40. Urinquantität bleibt gering, selten über 600 Cbcm., doch aber etwas Appetit und Zunahme der Kräfte. Auch sind ganz geringe Fortschritte in der Lösung der Hepatisation nachzuweisen.

Im December ändert sich das Bild. Die Morgentemperaturen sinken noch mehr, aber Abends steigt das Fieber oft bis gegen 39,0 Husten stark mit sehr viel grünlich eitrigem Auswurf, der einen unangenehmen Geschmack haben soll aber nicht übelriechend ist. Keine Tuberkelbacillen. Schweiss. Schwäche. Schlechter Appetit. Das Exsudat ist nicht mehr nachweisbar, im Gegentheil, die rechte Brusthälfte wird in der unteren Partie kleiner als die linke und die Leber wird hinaufgezogen. Aber aller Wahrscheinlichkeit nach bildet sich im r. Oberlappen eine Caverne, deren Existenz einem mit mir behandelnden Collegen erwiesen schien, wovon ich noch nicht ganz überzeugt war.

Soweit waren wir nach 3-monatlicher Dauer der Krankheit, bei vorzüglicher Pflege der sehr intelligenten Eltern, die mit zärtlichster Liebe an der Kranken hingen und besonders deshalb meinem Drange, nach Finnland zu ziehen, nicht Folge leisteten, weil man ihr dort nicht das Alles schaffen könne, was man in der grossen Stadt haben könne. Jetzt, wo der mitbehandelnde College sie aufgab (und daher auch seine Opposition gegen Finnland), wurde sie am 21. Decemb. nach Wiborg gebracht, wo in der Stadt eine Wohnung gemiethet wurde. Dr. Sandmann, einer der erfahrensten Aerzte Wiborgs, erklärte auch den Zustand für hoffnungslos, und sprach seine Unzufriedenheit über den Transport einer solchen Kranken aus.

Ich erhielt wöchentlich den Temperaturbogen und alle Notizen. Meine Hoffnung bestätigte sich vollkommen. Nach knapp 3 Wochen fieberte sie gar nicht mehr, die Schweisse hörten ganz auf, der Husten und Auswurf wurde stetig geringer. Ein catharralischer Icterus mit seiner Diäteinschränkung hielt die Kräftezunahme unliebsam auf, aber als der geschwunden war, ging es auch damit rasch vorwärts. Im Februar machte sie Spaziergänge und Fahrten trotz der Winterkälte und vertrug dieselben vortrefflich. Als ich sie im April in Wiborg sah, fand ich an der rechten Lunge nichts Krankes mehr. Nirgends Dämpfung, Exspirium, Abschwächung oder Verschärfung des Respirationsgeräusches, nirgends Rasseln. Der Husten hatte schon mehr als einen Monat ganz aufgehört. Nur war Scoliose d. Dorsalwirbelsäule entstanden (convex links) aber in geringem Grade und bei starker Beugung der Wirbelsäule nach vorn so gut wie ganz verschwindend. Sie war längst wieder regelmässig menstruirt und sah so blühend aus, dass die «gesunde» Schwester, die unterdessen in Petersburg das Gymnasium besucht hatte, dagegen als diejenige gelten musste, die eine schwere Krankheit überstanden hätte. Im Mai zog J. O. noch auf 4 Monate nach Pikruki in den Wald, wo die Kräftigung noch Fortschritte machte und auch die Scoliose durch ihr vorgeschriebene Lungengymnastik sich besserte.

Sie ist seit Sept. 95 in Petersburg, geht bei jedem Wind und Wetter aus und ist ganz gesund.

P. S. 19 Juni 1896. Vor Kurzem untersucht. Sie ist völlig gesund geblieben, obgleich sie während des letzten halben Jahres gar keine Rücksichten im Hinblick auf die Vergangenheit nahm.

c) G. H. 5-jähriger Knabe, immer zart und blass. Grossmutter mütterlicherseits starb tuberculös. Seit 3 Jahren leben die Eltern mit ihm in Narwa. Dort erkrankte er Mitte April an linksseitiger croupöser Pneumonie, zu der nach Beobachtung Dr. Heukings Pleuritis exsudativa und wahrscheinlich auch Pericarditis hinzutraten. Nach 5 wöchentlicher Dauer wurde Alles besser, eine Woche lang gar kein Fieber. Dann trat wieder Fieber ein und zwar tägliches Frösteln mit Temperatursteigerung bis nahe 39,0, Nachts sehr profuser Schweiss. Morgens 37,2—37,6. Dabei wieder sehr starker Husten, wobei man hört, dass viel Auswurf in den Bronchien sich bewegt, der aber nie ausgespuckt sondern verschluckt wird.

Am 14. Juni sah ich ihn in Narwa. Die Notizen über die Untersuchung lauten in meinem Buche: «R. Lunge gesund. Herz gesund, deutlich nach rechts verschoben. L. Lunge giebt durchweg Dämpfung, die in einem 4 fingerbreiten Saume unten sehr intensiv ist. Auf der intensiven Dämpfung unten sehr schwaches Vesiculärathmen ohne Rasseln; darüber eine Zone Bronchialathmen; in der Lungenspitze unbestimmtes abgeschwächtes Athmen. Offenbar das Exsudat pleuritic. noch nicht ganz resorbirt und auch die l. Lunge noch unten verdichtet. Das Herz ist mehr nach rechts verschoben, als der Grösse des Exsudats entsprechen würde, vielleicht ist es durch Pericarditis externa fixirt. Wenn er auf der linken Seite liegt, hustet er stundenlang nicht, in jeder anderen Körperstellung

aber ab und zu in schweren Anfällen. Ob nicht doch eine Perforation in einen Bronchus existirt.»

Auf meinen Rath wurde er Ende Juni nach Pikruki bei Wiborg gebracht. Er kam in sehr desolatem Zustande an: den halben Tag fiebernd, sonst in steter Transpiration; sehr anämisch, ganz appetitlos, so schwach, dass er nur getragen werden musste. Langsame Fortschritte, aber doch von Woche zu Woche fortschreitende Besserung. Das Fieber schwand und die Schweisse wurden spärlicher. Die Percussion hellte sich stetig mehr und mehr auf und zwar am deutlichsten unten, so dass Anfang August im Bereiche des linken Oberlappens eine schwache Dämpfung bestand kaum eine unten. Dabei rückte das Herz vollständig in seine normale Lage. Appetit und Kräfte steigen, so dass er im August umherlief und auf die Steine kletterte. Nur blieb ein schwerer Husten, der anfallsweise den Kranken befiel, viele Minuten dauerte und endlich aufhörte, wenn deutlich das Schlucken von Schleim hörbar gewesen war. Leider unterliess ich es, die Stuhlausleerungen zu untersuchen, von denen mir gesagt wurde, sie seien, ebenso wie die ab und zu abgehenden Blähungen, sehr übelriechend. Mitte August änderte sich das Bild. Der Husten hörte plötzlich ganz auf, aber es trat wieder Fieber ein und im linken Pleurasacke sammelte sich wieder ein Exsudat, das rapide zunahm. Nun war es klar, dass meine Vermuthung bei der ersten Untersuchung in Narwa richtig gewesen war. Es existirte eine Communication zwischen der Pleurahöhle und und einem Bronchus, durch welche das Exsudat in den Rachen, durch Schlucken in den Magen etc. gelangte. Als sich im August diese Comunication schloss war die Pleuritis noch in Kraft und daher rasche Wiederanschwellung des Exsudats. Der Kleine wurde gleich nach St. Petersburg gebracht, wo ihm von Dr. Dombrowski im Alexanderhospital durch Rippenresection beträchtliche Mengen eitrigen Exsudats entfernt wurden. Die Ausheilung der Abscesshöhle ging langsam vor sich. Ich glaube, es besteht noch jetzt eine kleine Fistel, derentwegen der Junge wöchentlich aus Narwa zu Dr. Dombrowski gebracht wird. Er ist aber sonst ganz gesund, hustet gar nicht und benimmt sich überhaupt ganz wie ein gesundes Kind. (April 1896 — längst ganz verheilt) P. S. 19. Juni 1896. Er ist ganz gesund.

d. G. M. 37 Jahre alt. Lehrer, nicht belastet, hat viel an Bronchialkatarrhen gelitten. Am 20. October 1885 erkrankte er — wohl im Anschluss an eine etwas negligirte Influenza — an croup. Pneumonie des l. Unterlappens. Der Verlauf ein ungewöhnlich leichter, das subjective Befinden wenig gestört. Die Hepatisation nahm nur eine etwa handflächengrosse Parthie ganz unten hinten ein. Fieber kaum eine Woche. dazu weiter viel Husten mit reichlichem gräulichen Auswurf, aber keine Lösung der Verdichtung. Volle 3 Wochen wurden compresses échauffantes, Mercurialpflaster äusserlich und Expectorantien und Creosot innerlich gegeben ohne den mindesten Erfolg. Die Dämpfung wurde etwas weniger intensiv, aber Bronchialathmen und am Saume Crepitiren blieben unverändert. Als nun nach 14-tägiger Fieberlosigkeit, sich wieder subfebrile Temperaturen einstellten, ging Pat. auf meinen Rath am 13. Nov. nach Wiborg. Er wohnte in einem Hotel, ging aber selbst zu Dr. Sandmann und auch sonst viel spazieren unbekümmert um etwaige Temperaturerhöhungen. Genau nach 14 Tagen kam er zurück und da war an der kranken Stelle nicht eine Spur mehr von Verdichtung nachweisbar. Reines Vesiculärathmen, volle Percussion und so gut wie gar kein Husten mehr.

Auch Dr. Sandmann hatte mit Befriedigung constatirt, wie rasch die Fortschritte waren.

P. S. 19 Juni 1896. Völlig gesund.

Ich weiss sehr wohl, dass ich mit der Mittheilung dieser 15 Krankengeschichten nichts bewiesen habe. Die Möglichkeit ist keineswegs ausgeschlossen, dass jeder von diesen Kranken eine gleiche Heilung oder Besserung auch an einem anderen Orte erreicht hätte. Ich habe sie nur mitgetheilt, um bei meinen verehrten Collegen Stimmung zu machen, sie womöglich zu veranlassen, auch ihre chronischen Brustkranken ins Wiborger Gouvernement zu schicken. Allerdings ist schon jetzt meine subjective Ueberzeugung, dass die Collegen dann auch dieselbe Schlussfolgerung aus ihren Erfahrungen ziehen würden wie ich, nämlich: Ja, es ist etwas besonders Günstiges da für solche Kranke. Unter den chronischen Brustkranken beanspruchen natürlich das grösste Interesse die Tuberculösen. Von meinen Patienten sind die 3 ersten dauernd genesen; aber bei allen 3-en existiren kaum oder keine zuverlässigen Untersuchungen auf Tuberkelbacillen. Daher sind mir die folgenden vier wichtiger, wo die Diagnose «Lungentuberculose» durch den wiederholten Nachweis der T. Bacillen ganz gesichert war. Obgleich keiner dieser 4 genesen ist, so sind die dahin zielenden Fortschritte doch sehr bemerkenswerth. A. starb an Meningitis nach monatelanger Influenza; aber seine kranke r. Lungenspitze bot die Symptome der Heilung: Schrumpfung und Abwesenheit der T. Bacillen seit Jahr und Tag. Und auch sein Knieleiden war stationär geworden. Er selbst schrieb diese Fortschritte strict Finnland zu und sein scharfkritisches, besonnenes Urtheil haben wir alle geschätzt.

Am werthvollsten ist mir die Beobachtung des Falles VI N. H. Ein 18-jähriger Junge der in 6 Wochen nach Ablauf einer, natürlich auch tuberculösen, Pleuritis, alle Zeichen einer galoppirenden Schwindsucht zeigt mit Allgemeinerscheinungen, die wirklich das lethale Ende in höchstens 2—3 Monate voraussehen liessen. Statt dessen ist in Finnland in wenigen Wochen schon deutliche Besserung nachweisbar, nach ½ Jahre keine T. Bacillen mehr im Auswurfe, nach ¾ Jahr 25 Werst Velocipedfahren an einem Tage möglich und nach einem Jahre die früher infiltrirten Lungenabschnitte so weit gesund, dass sie volle Percussion und reines Vesiculärathmen geben mit Ausnahme der Spitzen, wo Schrumpfung nachweisbar ist, vielleicht mit einer kleinen Caverne, die sehr wohl auch eine bronchiektatische gewesen sein kann. Wenn er ungestört noch ein zweites Jahr unter denselben günstigen Umständen in Mustamäggi hätte bleiben können, so wäre wohl höchst wahrscheinlich die definitive Heilung eingetreten. Jetzt nach den unglücklichen Experimenten von Jamburg, Peterhof und Dienst in Petersburg, ist ein schweres Recidiv eingetreten, dessen Ausgang noch zweifelhaft ist. Aber sollte er auch diesem erliegen, so bleibt deshalb der Erfolg während des ersten Jahres in Finnland höchst bemerkenswerth und ermuthigend.

Bei Fall V. C. L., sind die Beobachtungen an den Tuberkelbacillen interessant. Bei so eng begrenzten Lokalaffectionen an den Lungen — solche Massen von Bacillen, und dann die Veränderung ihrer Formen während der fortschreitenden Besserung des Lungenzustandes. Solche Degenerationen sind an den Tuberkelbacillen schon früher beobachtet worden; und so hat Dr. Delacroix in der Märzsitzung 1890 in diesem Vereine derartige Mitheilungen gemacht. Es ist wohl keineswegs willkürlich, wenn man annimmt, die Differenzen wären bei C. L. noch viel deutlicher gewesen, wenn er nicht in der unvernünftigsten Weise jede Vorsicht bei Seite gelassen hätte. Da die jungen Leute nur in Pension auf dem Gute der Frau Linde in Mustamäggi abgegeben waren, wo kein Arzt oder sonst eine Autorität anwesend war, so war natürlich von irgend einer stricten Zucht keine Rede.

Der Fall VI, A. L., hat sein specielles Interesse, weil er vorher lange, ja Jahre lang, in unseren besten Kurorten für Tuberculose von hervorragenden Specialisten mit (wie der Vater nicht genug rühmen kann) besonders gütiger Aufmerksamkeit behandelt worden ist: Isle of Wight, Cannes, Davos, Weissenburg. Wirklich sicher brauchbare Schlüsse können erst dann gezogen werden, wenn er längere Zeit in Mustamäggi gewesen ist. Es hat den Anschein, als ob sie günstig für diesen letzten Ort sein werden.

Viel weniger Werth lege ich auf die Mittheilung der 3 Asthmatiker. Einmal ist die Zahl eine sehr geringe und dann war S. K. schon besser, ehe sie den einen Sommer in Finnland zubrachte. Frau Generalin L. bezieht ihre Genesung wohl auf die 3 Sommer dort.

Die Erfolge von den croupösen Pneumonien, die in Petersburg nicht zur Lösung kamen, oder zu Zerfall zu führen drohten, sind wohl sehr erfreulich, so besonders

bei J. O., wo der mitbehandelnde College, ein erfahrener Arzt, seine volle Hoffnungslosigkeit aussprach, da keine Geldmittel vorhanden waren, um die Kranke an die Riviera zu bringen. Doch trat rasche Genesung ein in der Stadt Wiborg während der Wintermonate December bis Februar. Die Genesung hält jetzt auch in Petersburg Stand. Bei G. H. wollen wir die Frage bei Seite lassen, ob es nicht richtiger gewesen wäre, die Thoracotomie vor statt nach dem Aufenthalt in Finnland zu machen. Aber interessant ist die Erfahrung, dass er — obgleich die suppurative Pleuritis noch in beständiger Thätigkeit war — in Pikruki von völliger Kraftlosigkeit etc. so erstarkte, dass er umherlief und auf die grossen Steine kletterte. Das Fieber war eben weg, bis die Communication zwischen Pleura und Bronchus sich schloss. Aber in Narwa war die Communication auch offen, das Exsudat verringerte sich stetig und doch pyämisches Fieber.

Jedenfalls hat der operative Eingriff selbst am gestärkten Körper viel mehr Chancen überstanden zu werden, als wenn sie am ganz collabirten Kinde vor dem Aufenthalt in Finnland gemacht worden wäre.

Soweit die Analyse der mitgetheilten Krankengeschichten. Wenn ich aus ihnen einen Hinweis auf die Heilkraft Finnlands auf chronische Brustkrankheiten ersehe, so drängt sich die Frage auf: Wie steht es denn mit den Finnländern selbst in Bezug auf solche Krankheiten? Sind dort die Procentverhältnisse besser als anderswo? Aus meiner langjährigen Hospitalzeit habe ich durchaus den Eindruck, als ob gerade Finnländer in den Abtheilungen für Phthisische in den Petersburger Hospitälern keineswegs selten sind und keineswegs eine günstigere Prognose bieten. Also für die Ausgewanderten ist von Immunität keine Rede. Wie steht es mit den Heimgebliebenen?

Ich habe mich nicht bemüht, um Einblick in die Statistik der Mortalität von ganz Finnland zu gewinnen. Mich interessirte für meine Erfahrungen nur die nächste Ecke von Finnland, das Wiborger Gouvernement. Um nun für dieses einen zuverlässigen, wenn auch noch so kleinen Einblick zu haben, bat ich Herrn Pastor Sonny um die Angabe, wie viele von den in seiner deutschen Gemeinde in Wiborg Verstorbenen während der letzten 10 Jahre an Tuberculose gestorben waren. Gerade weil die Gemeinde eine kleine und zum grössten Theil aus Gebildeten bestehende ist, schienen mir die Angaben werthvoll, weil der Prediger die meisten persönlich kennt, weiss, ob sie ausgewandert gewesen sind und schwindsüchtig heimgekehrt, oder zu Hause schwindsüchtig geworden sind. Pastor Sonny hatte die Freundlichkeit mir folgende Zahlenangaben zu machen:

In der deutschen evangelischen Gemeinde Wiborg starben

1886	im	Ganzen	15	darunter	keiner	an Schwindsucht
1887	»	»	14	»	»	» »
1888	»	»	23	»	1	» »
						(männlich 10 Jahre alt)
1889	»	»	17	»	0	an Schwindsucht
1890	«	»	15	»	1	» »
						(weibl. 63 Jahre im Irrenhause in Petersburg)
1891	im	Ganzen	15	darunter	1	an Schwindsucht
						(männl. 4 Monate alt)
1892	»	»	11	»	2	an Schwindsucht
						(männlich beide 62 Jahre alt)
1893	»	»	8	»	0	an Schwindsucht
1894	»	»	21	»	2	» »
						(männlich 31 u. 45 Jahre alt)
1895	»	»	14	»	0	an Schwindsucht
		Summa	153		7.	

Also 4,5°/₀ aller Verstorbenen starben an Schwindsucht. Bekanntlich gilt 15°/₀ als das gewöhnliche in allen Culturländern. Von der im Irrenhause in Petersburg Verstorbenen weiss Herr Pastor Sonny, dass sie 10 Jahre vor ihrem Tode Wiborg gesund verliess, um ganz nach Petersburg zu ziehen, wo sie irrsinnig und tuberculös wurde. Zieht man diesen Fall ab, so ist das °/₀-Verhältniss 3,9. Bemerkenswerth ist, dass von allen 7 Verstorbenen keiner in dem «gefährdeten» Alter von 15—30 Jahren stand. 3 waren über 60 Jahre alt.

In den 12 Jahren, wo ich mehrere Wochen jährlich in Pikruki zubringe, habe ich wohl gewiss alle Schwindsüchtigen dieses Dorfes kennen gelernt. Der Umstand, dass ich keine Bezahlungen acceptirte und dass ich finnisch verstehe machte mich dort populär. 3 solche Kranke habe ich beobachtet, von denen eine ältere Frau im vorgerückten Alter, ca. 60 Jahre, gestorben ist, nachdem sie wohl ca. 20 Jahre schwindsüchtig gewesen war. Ihre Tochter hatte wahrscheinlich schon vor der Hochzeit eine Lungencaverne; aber sie hatte auch Vermögen, daher war sie eine gute Partie. Diese hat eine Reihe Kinder geboren, die alle miserabel zur Welt kamen und bald starben, nur ein jetzt 6-jähriges hat sich kräftig entwickelt. Nach jeder Geburt war die Mutter recht elend, aber bald erholte sie sich und jetzt ist sie ca. 46 Jahre alt und eigentlich ganz gesund. Mein 3. Pat. war ein junger Schuhmacher, der schon in vorgeschrittenem Stadium der Lungenschwindsucht war (auswärtig angesteckt?). Der ist auch gesund geworden, nachdem er auf meinen Rath seine Schusterbank vor das Haus stellte und immer draussen arbeitete.

Wenn ich mir nun natürlich immer wieder die Frage vorgelegt habe: was kann dem Wiborger Gouvernement diesen günstigen Einfluss auf chronische Brustleidende geben? so glaube ich folgende Punkte als die wesentlichsten dafür gefunden zu haben.

1) Die Neigung des Bodens geht zur Küste des finnischen Meerbusens herab, also nach Süden und Südwesten. Die Neigung ist eine ziemlich beträchtliche; die zahllosen kleinen Flüsse, die sich hier in den Meerbusen ergiessen, haben doch alle einen sehr raschen Lauf. Die Petersburg-Helsingforser Eisenbahn geht längs einem Bergrücken (vielleicht dem ursprünglichen Meeresufer), also ist dieser Theil des Landes, zwischen Eisenbahn und Meeresküste derjenige, der diese Neigung nach Süden unzweifelhaft aufweist. Somit ist dieser Landstrich den Süd- und Südwestwinden zugewandt, den Nord- und Nordostwinden abgewandt. Auch werden die Sonnenstrahlen in Folge dieser Neigung hier intensiver wirken, was die besonders harzig-duftige Luft in den Nadelwäldern erklären mag.

2) Die Oberfläche dieses Wiborger Gouvernements ist sonst ausschliesslich bedeckt mit Wald und Seen. Auch der Waldgrund ist meist feucht, überall stösst man auf begrenzte, sumpfige Partien. Felder findet man verhältnissmässig wenige. Die Fahrwege sind Dank dem herrlichen Material, zerstossener Granit, glatt und sehr fest. Daraus resultirt die auffallende Staublosigkeit dieses Landes. Bei trocknem Wetter ist ja wohl auf der Landstrasse Staub, aber der Granitstaub scheint so viel schwerer zu sein, als Kalk- oder Erdstaub, dass er nicht wie dieser hoch in die Luft gewirbelt wird und sich lange schwebend erhält, sondern er gelangt nicht weithin und fällt rasch wieder zu Boden. In den Zimmern unserer Landhäuser ist ja wohl Staub durch die Stiefeln, die bei nassem Wetter beschmutzt sind, aber doch so wenig, dass z. B. die Gardinen, wenn sie 4 Monate lang an den Fenstern gehangen haben, im Herbst beim Abnehmen nur ganz wenig Staub zeigen. Wenn bei kleinen Kindern, die auf der Diele zu spielen pflegen in Petersburg in geräumigen, sauberen Wohnungen mit Parquetböden durchaus 2 mal in der Woche jedes Wäschestück gewechselt werden muss, weil es durch Staub ganz ver-

unreinigt ist, geschieht das in Finnland nur weil die Wäsche verknüllt ist — sonst ist sie rein.

Dieser Mangel an Staub scheint mir ein ganz wesentlicher Vorzug Finnlands zu sein.

3) Reichlicher Feuchtigkeitsgehalt der Luft aus demselben Grunde wie die Staublosigkeit (viel Wasserflächen und feuchtes Moos in den Wäldern) und dann weil Finnland reich an Niederschlägen zu sein scheint. Wenigstens leiden die Sommerfrischler meist an zu viel Regen. Wer, wie ich brustleidend gewesen ist, weiss wie wohthätig Feuchtigkeit der Luft ist, wenn auch mit Kälte verbunden. Ein Schneegestöber oder ein nasser und windiger Novembertag waren mir viel leichter als Kahlfrost oder Sommerdürre.

4) Die grosse Masse an Wald, besonders Kieferwald. Die Karte hier, eine Generalstabskarte zeigt Ihnen diesen Ueberreichthum an Wald bis hoch in den Norden hinauf. Ich lasse mich auf gar keine Ozonhypothesen etc. ein, aber Thatsache ist, dass ausser dem Schutz des Waldes vor Wind und Staub, auch die Luft selbst wohlthätig für Brustleidende ist. Als A. L. nach Mustamäggi kam, freute er sich über den Wald dicht ums Haus «Wald habe ich in Davos und Cannes nicht gehabt».

5) Wenn es feststeht, dass eine dichtgedrängte Bevölkerung allen Infectionskrankheiten Vorschub leistet, so ist es verständlich dass an Finnland die schwache Bevölkerung als hygienisch vortheilhaft hervorgehoben werden darf. Gerade auch für Brustleiden. Man kann dort stundenlang auf den Landstrassen gehen, ohne einem Menschen zu begegnen. Auch die Dörfer bestehen aus weit zerstreut liegenden Häuschen — gewiss zum Vortheil der Einwohner und der angereisten Erholungsbedürftigen.

Dieser letzterwähnte Vorzug bringt mich aber auch auf das Namhaftmachen der Uebelstände für die Brustleidenden in Finnland. Es sind hauptsächlich 2: keine Aerzte und zu viel Langeweile. Auf die entlegenen kleinen Güter, wo meine Patienten meist placirt waren, einen Arzt hinzubekommen, war recht schwer — aber freilich, nothwendig war es gerade bei diesen niemals, sondern nur wünschenswerth zur Beruhigung der Angehörigen. Gewiss aber kann dieser Mangel im gegebenen Falle sehr empfindlich sein. Schlimmer ist der Mangel an Zerstreuung und Beschäftigung. Im Sommer fehlt es daran nicht, schon der mannigfaltigste Wassersport genügt. Aber im Winter, wo die Jagd nur für die kurze Tageszeit passt, während die langen Abende sehr einförmig vergehen. Solange die Kranken ihre Beschwerden fühlten und sahen wie diese besser wurden, vermissten sie nichts. Aber wenn sie sich gesund glaubten, begannen Striken. Die grossartige Natur und die Zerstreuungen der grossen Anstalten im Riesengebirge, Taunus und in den Alpen bieten natürlich viel mehr, aber ich habe doch auch die von dort Heimgekehrten dieselbe Klage aussprechen hören: die Sehnsucht fortzukommen ist unüberwindlich. Beide erwähnten Mängel sind da, aber nicht irreparabel. Es ist hier nicht der Ort, Vorschläge zu machen, wie dem abzuhelfen sei. Ausführbar sind sie jedenfalls.

Zum Schluss sei nur flüchtig darauf hingewiesen auf die mannigfachen Vortheile für die Kranken und ihre Angehörigen, wenn es sich bestätigen sollte, dass Finnland die Kurorte des Auslandes für die chronischen Brustleidenden ersetzen kann. Ich erinnere an den Vortrag unseres verstorbenen Collegen Amburger im allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte «Phthisiker auf Reisen», wo alle die unzähligen Beschwerden und Widerwärtigkeiten einer solchen Reise so anschaulich zur Sprache kamen. Welch ein Vorzug, wenn solche Reise nur ebensoviel Stunden dauert, als sonst Tage. In Mustamäggi ist man in 1½ Stunden. Wie viel leichter entschliessen sich die Kranken zu solchem Umzug in geringe Entfernung, wo sie jeden Tag von Hause besucht werden können und ebenso leicht, wenn nöthig, heimkehren können. Dann die Kosten! Dr. L. sagte mir, dass sein Sohn ihm in Isle of Wight, Weissenburg und Davos mindestens 200 Rbl. monatlich kostete und in Cannes sogar 250 Rbl. In Mustamäggi kostet er ihm 40 Rbl. monatlich, und das nur, weil besondere Ansprüche gemacht wurden. N. H. und C. L. zahlten 25 Rbl. monatlich für Alles. Die allermeisten Menschen sind nicht reich. Welch eine Wohlthat für den Unbemittelten, wenn er seinem erkrankten Familiengliede dieselben günstigen Bedingungen zu seiner Wiederherstellung gewähren kann, wie der Reiche. Endlich noch ein sehr wichtiger Umstand. Es ist wohl höchst wahrscheinlich, dass eine hier im Norden wiedererlangte Gesundheit eher sich halten wird bei der Rückkehr nach Petersburg mit seinem rauhen Klima und sonst zahlreichen Schädlichkeiten, als die unter den ganz andern klimatischen Verhältnissen des Auslandes gewonnene. Und eine dauernde Genesung — das muss das Ziel unserer Bestrebungen sein!

Referate.

Justus Gaule. Der Nachweis des resorbirten Eisens in der Lymphe des Ductus thoracicus. (Deutsche med. Wochenschr. № 24).

Es ist dem Verfasser auf experimentellem Wege nachzuweisen gelungen, dass das Eisen des Eisenchlorids im Duodenum resorbirt wird und zwar, nachdem es im Magen durch einen Bestandtheil des Mageninhalts (wahrscheinlich durch ein Kohlenhydrat des Haferfutters) in eine organische Verbindung übergeführt worden war. Gaule hat ferner den Resorbirungsweg an Kaninchen verfolgt. Die drei ersten Versuche wurden folgendermassen angestellt: die tief narkotisirten Kaninchen wurden 2 Stunden nach der Haferfütterung aufgebunden und der Ductus thoracicus am Halse aufgesucht; nachdem seine Einmündung an der Verbindungsstelle von Jugularis und Subclavia aufgefunden war, wurden alle hier zusammenlaufenden Venen unterbunden und in die vena jugularis eine Canüle eingeführt, welche bis zur Mündungsstelle des Ductus vorgeschoben wurde. Durch dieselbe lief die Lymphe ab und wurde in Reagenzgläschen, welche einige Tropfen Schwefelammonium enthielten, geleitet. Nachdem auf diese Weise eine Zeit lang die normale Verdauungslymphe gesammelt worden war, wurde der Kopf des Thieres losgebunden, die Schlundsonde vorsichtig eingeführt und durch dieselbe 20 ccm. einer 0,06 procentigen Eisenchloridlösung in den Magen gebracht; alsdann begann Verf. wieder die Lymphe in von zehn zu zehn Minuten gewechselte Gläschen zu sammeln. Es ergab sich, dass die Lymphe, welche vor dem Einbringen des Eisens in den Magen aufgesammelt war, klar blieb; Gerinnsel, die sich in ihr etwa gebildet hatten, lösten sich in dem Ueberschuss von NH_4SH allmählich klar auf. Ebenso verhielt sich die Lymphe, welche in der ersten halben Stunde nach der Eisengabe aus dem Ductus floss. Die Lymphe aus der Zeit von der 30.—40. Minute trübte sich mit dem NH_4SH und verfärbte sich grünlich bis bräunlich. Von der 40. bis 50. Minute wurde eine Lymphe erhalten, welche sich sofort trübte und nach einstündigem Stehen einen schwarzen Niederschlag ausschied, der sich erst allmählich senkte. In den folgenden Gläschen war das Verhalten ähnlich, nur nahmen die Eisenreactionen, sowie die Lymphmengen rasch ab. Die drei anderen Versuche wurden nach dem Plane angestellt, dass den Kaninchen zuerst das Eisen gegeben und dann erst der Ductus aufgesucht wurde; hier war es möglich, die Aufsammlung der Eisenlymphe länger, im Ganzen bis zur 130. Minute nach der Eisengabe zu verfolgen. Interessant ist ferner der Befund, welchen Verfasser an der zerstückelten Milz constatirte: in denjenigen Fällen, in welchen die Lymphe eine Zeit lang frei in das Blut abfliessen konnte, färbten sich die Milzstückchen, d. h. die Pulpa derselben, wenn sie in alkoholische Schwefelammoniumlösung gebracht wurden, tief schwarz; in den anderen Fällen aber, wo das Eisen erst gegeben wurde, nachdem die Lymphe bereits zum Ansammeln abgeleitet war, war die Färbung sehr viel geringer, die Pulpa wurde nur grau. Das beweist, dass das Eisen, wenn nicht ausschliesslich, so doch ganz überwiegend durch den ductus thoracicus, nicht etwa durch die

Pfortader aufgenommen wird. Gaule hat ferner an den über der Cysterna chyli an der Wurzel des Mesenteriums gelegenen Lymphdrüsen den Weg den das Eisen nimmt, verfolgen können: wurden diese Drüsen in die Schwefelammoniumlösung gebracht, so färbten sie sich alsbald mit einer durch die Lupe deutlich erkennbaren Zeichnung: die Follikel erschienen als hirsekorngrosse, helle Pünktchen, die von einem Netz schwarzer Linien, den eisenführenden Lymphbahnen, eingeschlossen waren. Verfasser schildert nun den Weg des Eisens auf folgende Weise: anorganisch in den Magen gebracht, verbindet es sich mit einem Bestandtheil des Mageninhalts zu einer organischen Verbindung, in der ein Kohlehydrat der Paarling ist. Diese Verbindung geht ins Duodenum über und wird dort aufgelöst: des Eisens bemächtigen sich die Epithelien und geben es durch die Lymphspalten des adenoiden Gewebes an das centrale Lymphgefäss weiter. Hier geräth es in den Lymphstrom, passirt die mesenterialen Lymphdrüsen und erscheint im Ductus thoracicus abermals in einer organischen Verbindung (als Paarling wahrscheinlich ein Eiweisskörper). Von da geht das Eisen in's Blut über, um in der Milz wieder aus demselben herausgenommen und in der Pulpa aufgespeichert zu werden. Wie es nun von da in die dauerhafte feste Bindung, in welcher es in den Blutkörperchen vorhanden ist, gelangt, bedarf noch der weiteren Untersuchung.

Abelmann.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Juli d. J. 7250 (56 wen. als in d. Vorw.), darunter 912 Typhus — (35 wen.), 667 Syphilis — (9 mehr), 141 Scharlach — (11 wenig.), 70 Diphtherie — (3 mehr), 39 Masern — (7 wen.) und 37 Pockenkranke — (14 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. Juni bis 6. Juli 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—19 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	19—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
377	290	667	185	67	115	14	8	27	40	51	36	47	48	91	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 19, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1. Pocken 6, Masern 16, Scharlach 21, Diphtherie 15, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 184, Todtgeborene 28.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Börner. Reichs-Medicinal-Kalender, II Theil. Leipzig, Thieme.

Gruber. Pasteurs Lebenswerk. Vortrag. Braumüller, Leipzig 1896.

Oldendorff. Zeitschrift für sociale Medicin. I Band, 4. Heft. Leipzig, Thieme 1895.

Habermann. Die luetischen Erkrankungen des Gehörorgans. Jena, Fischer 1896.

Kromayer. Allgemeine Dermatologie. Berlin, Borntraeger 1896.

Bericht über das Jahr 1895. Merck, Darmstadt. 1896.

Schaeffer. Wehenthätigkeit. Berlin, Hirchwaldt 1896.

Warfvinge. Arsberöttelse fran Sabbatsbergs Sjnkhus i Stockholm för 1893/94.

Fritsch. Krankheiten der Frauen. VII. Auflage. Berlin, Friedrich Wreden.

Schenk. Embryologie. Wien, Braumüller. 1896.

Kobert. Arbeiten des pharmakologischen Instituts. XIII. Stuttgart, Enke 1896.

Limbeck. Klinische Pathologie des Blutes. Jena, Fischer 1896.

Stern. Traumatische Entstehung innerer Krankheiten. I. Heft. Ibid.

Hessler. Die otogene Pyämie. Ibid.

Dreyfuss. Krankheiten des Gehirns. ibidem.

Handbuch der Hygiene. Lief. 22. ibidem.

Schmidt. Ueber die Flimmercysten der Zungenwurzel und die drüsigen Anhänge des Ductus thyreoglossus. ibidem.

Schmidt. Beiträge zur Gallenblasenchirurgie. ibidem.

Archiv für Unfallheilkunde. I. Band I. Heft, Stuttgart, Enke 1896.

Kobert. Pharmakotherapie. I. Hälfte. ibidem.

Baas. Das Gesichtsfeld.

Baumgarten. Pathogene Mikroorganismen. II. Abtheil. Braunschweig. Brehm 1895.

Urban. Kleine Chirurgie. Leipzig. Veit 1896.

Veröffentlichungen aus dem Militär-Sanitätswesen. Heft 10. Berlin, Hirschwald 1896.

Berger. Infectionskrankheiten. Braunschweig, Vieweg. 1896.

Michael. Geschichte des ärztlichen Vereins. Hamburg, Voss 1896.

Keller. Wanderniere der Frauen. Halle a. S. Marhold 1896.

Hess. Ueber Linsentrübungen. ibidem.

Réthi. Verbiegungen der Nasenscheidewand. ibidem.

Frey. Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung. Basel, Sallmann 1896.

Аркэви. Діагностика болѣзней зубовъ. Москва.

Пиннеръ. Органическ. Химія. Спб. Щепанскій 1896.

Кіари. Техника патолого-анатомическихъ вскрытіи. Спб. Риккеръ 1896.

Моклэръ. Остеоміэлиты роста костей. Спб., Риккеръ 1896.

Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Вып. 1 и 2. ibidem.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1895 über 810,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl. Wildunger Salz** ist ein künstl. **zum Theil unlösliches** Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:
Die Inspection der Wildunger Mineralquellen Actien-Gesellschaft.
(57) 6—3.

Klinik für Sprachstörungen Zehlendorf bei **Berlin** dirig. Arzt Dr. H. Gutzmann.

Hunydi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen **«Saxlehner's Bitterwasser»**
(47) 17—4.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Soeben erschienen:

Diagnostik und Therapie
der
MAGENKRANKHEITEN.
Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft.

bearbeitet von
Dr. J. Boas,
Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten in Berlin.

Theil II:
Specielle Diagnostik und Therapie.
3. unveränderte Auflage.
Mit 9 Holzschnitten.
Brosch. 8 Mark. — Geb. 9 Mark.

Lehrbuch
der
Haut- und Geschlechtskrankheiten
für Aerzte und Studirende
von **Dr. Max Joseph.** (Berlin).

Theil II:
GESCHLECHTSKRANKHEITEN.
Mit 29 Abbildungen und 1 farbigen Tafel.
Zweite Auflage.
Brosch. 6 Mark. — geb. 7 Mark.

WOHNUNGS-WECHSEL:
Dr. E. Moritz
wohnt von Mitte Juli ab
(84) 3—1. Gr. Morskaja 65
Haus der Gesellschaft «Urbaine».

BAD KISSINGEN
Dr. von Sohlern'sche Heilanstalt
für Magen-, Darm- u. Stoffwechselkranke.
das ganze Jahr geöffnet.
Prospecte gratis.
(43) 16—7. **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Löwen-Hôtel, Triberg im Schwarzwald, nahe den Wasserfällen, prächtige Speise-, Lese- u. Rauchsäle, luftige Schlafzimmer u. Salons, elektrisches Licht überall — Bäder — Wagen u. Landkutsche in dem Hôtel. Forellenfang. Mässige Preise.
(83) 10—2. **X. Wenger,** Besitzer.
Cook's Coupons werden angenommen.

PASTILLES VICHY-ETAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY
aux Sels Naturels extraits des Eaux
pour fabriquer l'Eau minérale artificielle de Vichy gazeuse.

Inselbad Paderborn. Einzige Heilanstalt für **Asthma*** u. verwandte Zustände, **Nasen- u. Halsleiden.** Prosp. gratis. Spec.-Arzt **Brügelmann,** Director.
*) Vgl. Brügelmann «Ueber Asthma» etc. III. Aufl. Verl. v. J. F. Bergmann,
(81) 6—3. Wiesbaden 1895.

Dem praktischen Arzte
dringend zu empfehlen:
„EXCERPTA MEDICA."
Kurze monatliche Journalauszüge aus der gesammten Fachlitteratur zum Gebrauche für den praktischen Arzt.
Preis **M. 4. = Fr. 5** pro Jahr.
Verlag von **Carl Sallmann**
in Basel und Leipzig.
Probehefte stets gratis und franco

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze,** Фонтанка № 137, кв. 119.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.
Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.
Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Hierzu als Beilage ein Prospect betreffend «Silber und Salze», Vortrag von Dr. B. Credé.

Дозв. ценз. Спб. 15 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XIII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, (1. August) 20. Juli **1896**

Achter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der achte Aerztetag findet **in Wenden am 29., 30. und 31. August** c. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts **spätestens** bis zum 1. August bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Chirurgische Mittheilungen aus dem Dorpater Stadthospital und aus der Privatpraxis.

Herausgegeben von

Doc Dr. W. Zöge von Manteuffel (Dorpat).

VI. Zur Casuistik des Oesophagotomia externa.

Von

Dr. med. A. von Brackel

Assistent.

In Abwesenheit meines Chefs hatte ich Gelegenheit nachstehenden Fall zu beobachten und zu operiren.

C. N., Kind von 13 Monaten, verschluckte vor 7 Tagen einen Horn-Paletotknopf. Der Knopf soll gleich nach dem Ereigniss, noch vor dem Zungenbein von der Mutter und von einem hinzugerufenen Collegen gefühlt worden sein. Letzterer rieth sofort chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Sie habe, so berichtet die Mutter, demgemäss sachgemässe Hilfe gesucht und wurde hier nach misslungenem Versuch der Extraction, der Knopf mit dicker Sonde in den Magen hinunterzuschieben versucht. Nach mehrfacher Sondirung, sei die Sonde plötzlich mit sichtbarem Ruck tiefer, wie vermuthet worden sei in den Magen hineingelangt. Nach Herausnahme der Sonde sei Patient vom Arzte mit der Weisung entlassen worden, dass der Knopf nunmehr entweder im Magen sei und per vias naturales abgehen würde oder aber er sei nicht im Magen, dann müsse das Kind sterben. Während der Sondirung habe der kleine Patient unentwegt gewürgt und viel Schleim und Blut ausgeworfen. In den nächsten Tagen habe er Flüssigkeiten, wenn auch mit Zeichen von Schmerzen zu sich nehmen können, jedoch hätten die Beschwerden beim Schlucken immer mehr zugenommen und seit gestern ist Nichts mehr hinuntergebracht worden, sondern gleich nach der Einnahme wieder regurgitirt.

Status praesens 7 Tage nach dem Verschlucken des Fremdkörpers.

Patient, Knabe von 13 Monaten, gut entwickelt, wohlgenährt, ist sehr ungebärdig, schreit und weint immerfort; von Zeit zu Zeit Würgebewegungen und Auswurf von leicht röthlich gefärbtem Schleim und Speichel. Athmung frequent 40 pro Minute, leichte Stenosenerscheinungen, Radialpuls 130 bis 140 pr. Minute, Temperatur im Rectum 38,9. Dargebotene Milch wird vom Kinde mit Gier genommen, regurgitirt jedoch sofort durch Nase und Mund. Ein in den Schlund eingeführter Finger erreicht das Hinderniss nicht. Desgleichen kann auch von aussen am Halse keine Schwellung oder Härte gefühlt werden, die den Sitz des Fremdkörpers bedeutet. Starke Schwellung und Röthung der Epiglottis, der hinteren Pharynxwand und des Kehldeckels. Hierselbst einige kleine Risse, Schrammen und Sugillationen. Eine eingeführte Hartgummisonde stösst 12 ctm. hinter der Zahnreihe auf ein Hinderniss und erweist sich beim Zurückziehen leichten Grades engagirt.

Lungenbefund normal, leichtes Trachealrasseln. Von weiteren Versuchen, das offenbar stark eingeklemmte Hinderniss zu entfernen, wird Abstand genommen und der Mutter die Operation vorgeschlagen, die sie jedoch entschieden zurückweist.

Zwei Tage nach dem Vorschlag zur Operation, also 9 Tage nach dem Verschlucken des Fremdkörpers, bringt die Mutter das Kind wieder in's Krankenhaus und willigt jetzt in die Operation ein.

Status 9 Tage nach dem Verschlucken des Knopfes: Das Kind recht matt und schwach, hat sichtlich abgenommen, Stenosenerscheinungen bedeutend stärker, alle Augenblick einsetzende Würgebewegungen und Auswurf von viel etwas übelriechendem Schleim, Trachealrasseln deutlich und laut von Weitem hörbar, Puls nicht zu fühlen, Temperatur im Rectum 39,6.

Nach Application einer Wanne wird um 7 Uhr Abends sofort zur Operation in Chloroformnarkose geschritten.

Desinfection des Operationsfeldes mit Wasser und grüner Seife, Alkohol und Sublimat.

Hautschnitt am vorderen Rande des linken M. sternocleido mastoideus in der Höhe des Ringknorpels etwa 4 Ctm. lang. Durchtrennung von Haut, subcutanem Fett und Platysma; Freilegung des medialen Randes des M. sternocleido, derselbe wird stark nach aussen gezogen; Spaltung der tiefen Halsfascie auf der Hohlsonde, mit Schonung des M. omohyoideus, der nach oben genommen wird, und stumpfes Vordringen bis auf die grossen Gefässe, die allesammt mit einem stumpfen

Haken nach aussen gezogen werden, während die Trachea mit dem linken Seitenlappen der Schilddrüse nach rechts verzogen wird, ohne jedoch eine zu starke Compression auf sie auszuüben. — Einführung eines elastischen Catheters (Charier 23) durch den Mund in die Speiseröhre und nachdem dieser von der Wunde aus fühlbar geworden, wird der Oesophagus mit zwei Tracheotomiehäkchen angezogen und in Ausdehnung von circa 2 Ctm. längs eröffnet. Da der Fremdkörper von der Wunde aus nicht fühlbar gewesen war, wird mit dem Kleinfinger in den Oesophagus eingegangen und etwa 3 Ctm. unterhalb des Schnittes das Hinderniss gefühlt. Es lag der Fremdkörper somit 3 Ctm. unterhalb der Cartilago cricoidea und damit auch ebenso viel unterhalb des Isthmus. — Der Knopf liegt schräg zur Längsrichtung und zwar sein oberer Rand links vorne und oben, sein unterer Rand rechts unten und hinten. Die Schleimhaut in der Umgebung stark infiltrirt, geschwellt, oedematös, leicht blutend, eitrig belegt. — Es gelingt mit gekrümmter Zange nicht leicht, den glatten Knopf zu fassen und durch die Wunde an's Tageslicht zu befördern.

Der Knopf allseitig rund mit rauher, oberer Fläche, misst im Durchmesser 2,2 Ctm., im Umfang 6,5 Ctm., hat an seiner unteren Fläche einen durchlochten Wulst zum Anheften.

Nach Entfernung des Fremdkörpers wird die Wunde trocken ausgetupft, mit Jodoformgaze tamponirt und ein trockener Occlusivverband angelegt.

Athmung nach der Operation wesentlich freier, Narkose gut, ohne Zwischenfall, Dauer derselben 55 Min., Dauer der Operation 40 Min. Die der Operation folgende Nacht recht unruhig, 2 Mal vorgenommene Fütterung von Milch mit Ei. Temperatur Tags darauf im Rectum 38,7, Puls 120. Der kleine Patient noch sehr unruhig, bekommt alle 3 Stunden Milch abwechselnd mit Bouillon und Ei. Nach 24 Stunden erster Verbandwechsel: Wunde trocken, von gutem Aussehen, Tampon war in der Tiefe von Schleim und Milch durchtränkt, Schnitt in der Speiseröhre hat sich verkleinert und zusammengezogen. — Der weitere Verlauf gestaltete sich derart, das das Fieber am IV. Tage post operationem nachliess, die Fistel sich am VI. Tage bereits fest geschlossen hatte, sodass auch ohne Tamponade beim Schlucken von Flüssigkeiten Nichts mehr austrat und am XVI. Tage Patient mit vollständig geheilter und geschlossener Wunde, gesund und an Kräften gewonnen nach Hause entlassen werden konnte.

Beim Vorschlag zur Operation konnte ich mir nicht verhehlen, dass die Prognose in diesem Fall nicht günstig zu stellen sei, denn abgesehen von dem Kräfteverfall des kleinen Patienten, deutete das bereits vorhandene Fieber darauf hin, dass bei solang dauernder Incarceration des Fremdkörpers sicherlich ulceröse Processe vorlägen, deren Ausdehnung auf die Umgebung ich nicht übersehen konnte. Die Extraction des Fremdkörpers der ziemlich tief und fest in die Oesophaguswand eingekeilt war, gelang bei den engen anatomischen Verhältnissen mit nicht geringer Mühe: die geschwellte und oedematöse Schleimhaut hatte sich fest um das glatte, runde Corpus delicti gelegt. Es musste mit grosser Vorsicht vorgegangen werden, um eine Perforation zu vermeiden.

Von der Naht des Oesophagus sah ich, meinem Lehrer von Wahl folgend, aus nachstehenden Gründen ab: einerseits ist trotz angelegter Naht eine Infection der frischen Wunde durch den in dem Oesophagus aufgestauten Schleim und Speichel nicht zu vermeiden, auch wenn man nach Schramm (Wiener Klin. Wochsch. 1895. 50.) die Wundhöhle noch so sorgsam mit Jodoformgaze ausfüllt. Der Tampon muss doch heraus, um dem Fremdkörper den Weg zu schaffen. Anderseits sah ich von einer isolirten Naht der Oesophagusschleimhaut, nach dem Vorschlage Duplay's, deshalb ab, weil ich bei der tiefen Lage des Oesophagus und den in diesem Fall überaus engen anatomischen Verhältnissen beim besten Willen nicht hätte exakt und lege artis nähen können. Drittens erschien mir die Naht deswegen riskant, weil die Schleimhaut des Oesophagus erkrankt war. Ich tamponirte daher die Wunde und sah mich erst nach 24 Stunden genöthigt den Verband zu wechseln, weil ich annahm, dass bei der sofort per os vorgenommenen Fütterung der Tampon bereits verbraucht sein müsse. v. Wahl schlägt allerdings vor, den ersten Tampon erst nach 2 × 24 Stunden zu entfernen, was sicherlich eine noch grössere Garantie für den Verschluss der Bindegewebsspalten gegen Infection bietet, es darf aber dann Patient innerhalb der ersten 24 Stunden auch Nichts per os zu essen bekommen, auch nicht durchs Schlundrohr, wie es v. Wahl in seinem Fall (Petersb. med. Wochsch. 1889 Nr. 21.) auch gethan hat. Ich konnte in meinem Fall ein weiteres Hungern — (Patient hatte bereits 3 Tage garnichts genossen und war sehr verfallen) — nicht zulassen, musste auch von einer Sondenfütterung des sehr gereizten Pharynx und erkrankten Oesophagus wegen absehen.

Wie ich aus den Zusammenstellungen von Egloff (Beiträge zur klin. Chirurgie. Band XII. Heft I.) und Schramm ersehe, würde dieses der 13. Fall von Oesophagotomia externa bei einem Kinde sein. Aus Schramm's Casuistik geht hervor, dass von den von ihm verzeichneten 12 Fällen nur 3 gestorben sind, also 25% und zwar nur solche, in denen der Fremdkörper längere Zeit im Oesophagus verweilt hatte (ein verschluckter Knochen 20 Tage, ein Frankstück 8 Tage, eine Metallschale 2½ Jahr!) Bei allen Kindern aus der antiseptischen Aera, wo der Fremdkörper nicht über 6 Tage in der Speiseröhre gelegen hatte, war der Ausgang ein günstiger. In meinem Fall waren 9 Tage seit dem Eindringen des Fremdkörpers vergangen. Er reiht sich also den schwereren Fällen an, namentlich wenn wir noch die vor der Operation vorgenommenen Manipulationen hinzunehmen.

Manipulationen vor denen nicht genug zu warnen ist! Nur zu leicht kann beim Versuch den Fremdkörper in den Magen hinunterzustossen, die mit der starren Sonde bewaffnete Hand den Arzt durch Vorbeigleiten am Fremdkörper zu der irrthümlichen Anschauung verleiten, es sei dieser Versuch gelungen, vollends bei runden, flachen Gegenständen, wie Knöpfen, Münzen und dergl. Es braucht sich nur der Fremdkörper, der anfangs vielleicht quer zur Körperaxe liegt, ein halbes Mal um seine Axe zu drehen und in Längsrichtung zu stellen, die Sonde gleitet mit einem Ruck weiter und der Arzt meint seine Schuldigkeit gethan zu haben. Wo, wie in vorliegendem Falle, der Fremdkörper anfangs hoch oben sich einklemmt, werden, auch wo es sich um runde Körper handelt, jedenfalls nur Extractionsversuche gerechtfertigt sein. Gelingen sie nicht, dann ist sofort die Operation am Platz. Jedenfalls sind Versuche harte, unverdauliche, Fremdkörper tiefer in den Magen hinunter zu schieben völlig unberechtigt, da sie noch im weiteren Verlauf des Oesophagus oder im übrigen Intestinaltractus stecken bleiben können und hier dann unter noch schwierigern Verhältnissen zu erreichen sind. Nur Fremdkörper, die unmittelbar über der Cardia sitzen, sind bekanntlich in den Magen hinabzubefördern, um dann je nach Art und Beschaffenheit hier belassen und der Natur zur Weiterbeförderung übergeben oder durch die Gastrotomie entfernt zu werden. Wo sie über dem Isthmus oder in ihm stecken geblieben, sind sie zu extrahiren oder durch die Oesophagotomie zu entfernen. (König). Doch ist der Isthmus nicht die Grenze der anatomischen Leistungsfähigkeit der Oesophagotomie: wie unser Fall lehrt, gelingt es auch Körper, die tiefer unten liegen resp. nach abwärts befördert worden sind, durch die Operation erreichbar zu machen und zu extrahiren.

Die Mahnung Fischer's, zur Operation zu schreiten, wenn ein einmaliger Extractionsversuch misslingt, ist in heutigen Tagen um so beherzigenswerther, als die operative Behandlung nicht nur die günstigsten Aussichten bietet, sondern auch, und das namentlich bei kleinen Kindern, der schonendste Eingriff sein dürfte.

Dorpat, im März 1896.

Zur Frage des Diabetes mellitus.

Von
Dr. med. Z. Schabad.
(Vortrag, gehalten in der Wilnaer Medicinischen Gesellschaft.)

Meine Herren! Der allgemeine Verlauf des Diabetes, die Lehre über diese Krankheit, wie die früheren Theorien, sind Ihnen wohl zur Genüge bekannt, so dass ich hierüber wohl kein Wort zu verlieren brauche. In gegenwärtigem Vortrage habe ich nur eine Form, und zwar die schwerste, ja vielleicht auch die allerhäufigste, im Auge, deren Studium erst in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Gelehrten auf sich gelenkt hat und deren Verständniss eine grosse Bedeutung sowohl vom theoretischen, wie praktischen Standpunkte, hat; ich meine nämlich die des pancreatischen Diabetes. Diese Erkrankungsform diente mir als Thema meiner Dissertation[1]). Die Schlüsse, zu denen ich gelangte, sind auf eigenen Experimenten, klinischen Beobachtungen und auf Ergebnissen in der Literatur gegründet.

Die pathologischen Anatomen wiesen zuerst auf die häufige Erkrankung des Pancreas bei Diabetes hin, die Kliniker — auf den besonderen Verlauf derjenigen Form des Diabetes, bei der das Pancreas afficirt ist, und die Physiologen bestätigten und erklärten den Zusammenhang des Pancreas mit der Zuckerharnruhr mit Hilfe des Experimentes (v. Mering und Minkowski u. v. A.)

Ich möchte zuerst auf diese Experimente und ihre theoretische Bedeutung hinweisen, bevor ich zum klinischen Bilde des pancreatischen Diabetes und seiner Therapie übergehe.

Die Versuche von v. Mering und Minkowski in Strassburg, die von mir und anderen Autoren in Deutschland Frankreich und Italien bestätigt und vervollständigt worden sind, ergeben folgendes:

1) Unterbindet man beim Hunde beide Ausführungsgänge der Bauchspeicheldrüse so, dass ihr Secret nicht, wie gewöhnlich, in den Darmcanal gelangen kann, so tritt kein Diabetes auf; es tritt bloss eine ungenügende Assimilation von Fett und Eiweiss der Nahrung auf. Diese Operation vertragen die Thiere sehr gut.

2) Ruft man künstlich, z. B. durch Einspritzung von Paraffin in die Ausführungsgänge, Cirrhosis und Atrophie der Bauchspeicheldrüse hervor und fügt man hierzu noch die Exstirpation eines bedeutenden Theiles derselben so entsteht bei Thieren das Bild, das beim Menschen an Diabetes insipidus erinnert: bei stark vermehrtem Durst und Polyurie magern die Thiere ab, können jedoch hierbei lange leben.

3) Ist der abgetragene Theil der Drüse ein sehr bedeutender, so entsteht das Bild einer leichten Form des Diabetes, oder alimentärer Glycosurie: bei den Thieren erscheint Zucker im Harn nur bei Ernährung mit Kohlehydraten: bei stickstoffhaltiger, bei eiweissreicher, Nahrung verschwindet der Zucker aus dem Harn.

4) Bei völliger oder fast völliger ($^1/_{12}$—$^1/_{15}$) Entfernung der Bauchspeicheldrüse tritt bei Thieren (Hund) das typische Bild einer schweren Zuckerharnruhr ein, ganz ähnlich wie es beim Menschen beobachtet wird. Am nächsten Tage nach der Operation erscheint bei den Thieren Zucker im Harn; derselbe hat ein hohes specif. Gewicht, ist von saurer Reaction, enthält Aceton, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure, grosse Mengen NH_3, Harnstoff und Stickstoff; der Procentgehalt an Zucker erreicht 10—15, und seine tägliche Menge — 60—80 grm. Die Thiere leiden an erheblichem Durst, Gefrässigkeit und Polyurie. Der Zucker verschwindet aus dem Harn selbst beim Hungern nicht; nur in den letzten Tagen des Lebens wird der Zuckergehalt viel geringer. Die Thiere verlieren schnell an Gewicht und gehen in 2—3 Wochen an allgemeiner Erschöpfung, wenn nicht schon früher an septischer Peritonitis, zu Grunde. Letzteres beruht nämlich darauf, dass diabetische Hunde, ebenso wie diabetische Menschen, jegliche Art von Trauma, die zur Eiterung führt, schlecht vertragen; nichts desto weninger vertragen Thiere eine so schwere Operation, wie die Exstirpation der Bauchspeicheldrüse. Bei Thieren entstehen ausserdem oft Furunkel. Im Blute findet man bei ihnen einen hohen Procentgehalt an Zucker, in der Leber dagegen einen verminderten Gehalt an Glycogen. Mit einem Worte, nach Entfernung des Pankreas tritt bei Thieren das typische Bild eines schweren Diabetes mellitus auf, welcher sich von dem beim Menschen dadurch unterscheidet, dass er beim Menschen mehr weniger chronisch, bei Thieren — acut, dank der plötzlichen Entfernung des Organs, verläuft.

Diese Versuche beweisen augenscheinlich den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Entfernung der Bauchspeicheldrüse und dem Diabetes bei Thieren und folglich auch einen ähnlichen Zusammenhang beim Menschen, wenn man die häufige Functionsstörung dieses Organs mit ihren Veränderungen mit in Betracht zieht. Zu gleicher Zeit wird es klar, dass die Bedeutung der Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse beim Diabetes sich nicht in der Veränderung oder Stauung ihrer Secretion, sondern augenscheinlich in dem Fehlen eines andern Stoffes, der durch die Function dieses Organes gebildet wird und ins Blut übergeht, beruht, da die Unterbindung des Ausführungsganges des Pancreas Diabetes nicht hervorruft.

Die Gegner der neuen Lehre meinten aber, ohne die Möglichkeit zu haben derartige Thatsachen zu bestreiten, dass das Erscheinen des Diabetes bei der Exstirpation der Bauchspeicheldrüse begründet sei nicht durch die Entfernung dieses Organs, sondern durch die Veränderungen in der Leber und dem plexus solaris, die bei Entfernung des Pancreas auftreten sollen. Derartige Entgegnungen verlieren jedoch vollständig an Bedeutung, wenn man folgendes äusserst interessante Experiment mit Transplantation der Bauchspeicheldrüse in Betracht zieht. Beim Hunde wird der untere Theil der Bauchspeicheldrüse derartig unter die Bauchhaut transplantirt, dass sie völlig aus dem Zusammenhang mit der Bauchhöhle gelöst wird und nur in Verbindung mit den sie ernährenden Gefässen bleibt. Diabetes tritt hierbei natürlich nicht auf. Nach einer Woche wird der obere Theil des Pankreas exstirpirt, so dass das ganze Organ hierbei aus der Bauchhöhle entfernt wird. Diabetes tritt auch jetzt nicht auf, was unbedingt hätte passiren müssen, wenn das Auftreten des Diabetes von der Reizung der Leber oder der Nervenganglien abhängig gewesen wäre, die ohne Zweifel durch Entfernung der Bauchspeicheldrüse aus der Bauchhöhle hervorgerufen wurde. Entfernt man jedoch den übrigen Theil des Pankreas, der unter der Haut, also extraperitoneal, liegt, so tritt auch sofort das typische Bild eines schweren Diabetes auf.

Durch diesen Versuch wird mit überzeugender Gewissheit die directe Abhängigkeit des Erscheinens des Diabetes bei Thieren von der Entfernung des Pankreas und beim Menschen von der Erkrankung dieses Organs erwiesen. Es fragt sich nun, wodurch dieser Zusammenhang hervorgerufen wird, welche Rolle das Pankreas beim Entstehen des Diabetes spiele und wovon letztere Erkrankung abhängig sei?

Um Ihre Aufmerksamkeit nicht zu ermüden, will ich nicht in die Details dieser Frage eingehen; ich will nur die Schlüsse, zu denen ich, auf Grund meiner Untersuchungen, gekommen bin, anführen.

Das Wesen des experimentellen Diabetes besteht nicht darin, dass im Organismus ein Ueberschuss an

[1]) Z. J. Schabad. Zur Frage über den pancreatischen Diabetes mellitus. Experimentelle Studie. Diss. Moskau, 1895. (Russisch.)

Zucker circulirt, sondern im Gegentheil darin, dass eine ungenügende Zerstörung desselben im Organismus zu Stande kommt. Das normale Pankreas functionirt derartig, dass der Zucker im Organismus, — sei es dass er eingeführt worden oder sich daselbst gebildet hat — leicht zerstört wird; es hat also, wie sich Lépine ausdrückt, eine glycolytische Wirkung. Wodurch aber diese glycolytische Eigenschaft bedingt sein soll, das ist bis heute eine noch offene Frage.

Ausgehend von der in der Chemie bekannten Thatsache, dass Alkalien der Bildung von Zucker hinderlich sind und Zerstörung desselben, wie in vitro, so in vivo, begünstigen, dass ferner die Einführung von Säuren in den Organismus, durch Abnahme der Alkalescenz des Blutes, Glycosurie hervorruft, dass der klinische Diabetes, besonders das Coma diabeticum, als eine Säureintoxication des Organismus betrachtet werden kann, als Ausdruck dessen der Gehalt an Aceton, NH_3, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure im Blute und Harne der Diabetiker angesehen werden muss; ausgehend von dem Standpunkte ferner, dass beim experimentellen Diabetes (ebenso wie beim klinischen) von mir eine Verminderung der Alkalescenz[2]) des Blutes gefunden worden ist, — stellte ich unter anderen als Aufgabe zu erklären: ob nicht die Entfernung der Bauchspeicheldrüse bei Thieren dadurch Diabetes hervorruft, dass sie (die Entfernung) die Alkalescenz des Blutes vermindert; oder, anders ausgedrückt: liefert nicht vielleicht das Pankreas im normalen Zustande dem Organismus Alkalien?

Zu diesem Zwecke untersuchte ich den Alkaligehalt des Blutes der Arterien und Venen der Peripherie, wie derjenigen, welche das Pankreas vascularisiren. Diese Frage war bisher in der Wissenschaft noch nicht berührt worden.

Es erwies sich nun, dass im allgemeinen das Blut der peripheren Venen weniger Alkalien enthält, als das der entsprechenden Arterien, dass z. B. das Blut der Art. dors. pedis durchschnittlich 217,7 mgm NaOH, das Blut der Ven. dors. ped. aber 178,9 (—38,8) mgm. NaOH enthält; dass das Blut der Art. femor. 219,3, dasjenige der Ven. femor. 167,6 mgm. NaOH (— 51,7) enthält (Analoge Resultate erhielt auch, unabhängig von mir, Drouin[3]); dass jedoch das Blut der Venen der Bauchspeicheldrüse (v. pancreatico-duoden.) um 50—60% mehr Alkali enthält, als die entsprechende Arterie (art. pancr.-duoden.). Das aus dem Pankreas kommende Blut, ist also reicher an Alkalien, als das zu ihm fliessende. Hieraus lässt sich schliessen, dass das Pankreas normaliter dem Blute resp. dem Organismus Alkalien zuführt, oder — wie Setschenoff[4]) sich ausdrückt — die Bauchspeicheldrüse fabricirt Soda für den Organismus. Es lässt sich weiter schliessen, dass das Pankreas durch diese seine Eigenschaft im normalen Zustande den Zucker im Körper zerstören hilft, während bei Ausfall dieser Function durch Verminderung der Alkalescenz des Blutes Glycosurie und andere Symptome des Diabetes hervorgerufen werden.

Auf diese Weise zeigt uns nun die experimentelle Physiologie, dass zwischen der Function der Bauchspeicheldrüse und der Zuckerregulirung im Organismus ein enger Zusammenhang existirt und dass die Entfernung dieses Organes bei Thieren und folglich auch dessen Erkrankung beim Menschen die Erscheinung der Glycosurie resp. Diabetes hervorruft.

Es ist jedoch auch zweifellos, dass wir es nicht in allen Fällen von klinischem Diabetes eben mit der schweren Form und mit der pancreatischen Ursprungs zu thun haben; unzweifelhaft giebt es Formen von Diabetes nervösen Ursprungs — auf Grund einer Geschwulst oder anderer Veränderungen des Bodens des IV. Ventrikels u. s. w. Freilich ist es nicht immer möglich eine scharfe Grenze zwischen den leichten und schweren Formen des Diabetes zu ziehen; ja nicht selten geht erstere im Laufe der Zeit in letztere über. Auch zeigen die Experimente, dass bei partieller Exstirpation der Drüse auch bei Thieren die leichte Form des Diabetes auftritt; je nach der Entfernung der ganzen Drüse tritt auch die schwere Form dieses Leidens ein. Zwischen beiden Formen besteht folglich ein untrennbarer Zusammenhang; wahrscheinlich existiren allmähliche Uebergänge dieser Krankheit je nach Art des Ergriffenseins desselben Organs. Diese Frage ist noch nicht völlig sowohl vom experimentellen, als auch hauptsächlich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte ergründet, da bei weitem nicht in allen Fällen von Diabeteskranken, die zur Autopsie gelangen, das Pankreas mikroscopisch, ja nicht einmal makroscopisch untersucht worden ist. Man kann mit Gewissheit behaupten, dass je nachdem die Aufmerksamkeit auf diese Frage gelenkt werden wird, auch die Fälle von pancreatischem Diabetes sich mehr und mehr häufen werden, ebenso wie das klinische Bild deutlichere Gestalt annehmen wird.

Nichts desto weniger lassen sich auch schon jetzt gewisse Symptome, die die Diagnose dieses Leidens zu Lebzeiten erleichtern, anführen.

Lancereaux characterisirte zuerst diese Form des Diabetes unter dem Namen «diabète maigre», magere Diabetes, und beschrieb dessen klinisches *Bild*. Aus der Literatur habe ich 190 Fälle dieser Art Diabetes sammeln können, und will nun jetzt, auf Grund dieser Beschreibungen, in kurzen Zügen dessen Symptomatologie anführen.

Männer erkranken am pancreatischen Diabetes öfter (in $^2/_3$ aller Fälle), als Frauen (in $^1/_3$), wobei Männer am allerhäufigsten (in 37%) im Mannesalter (zwischen 30 und 40 Jahren) und gleich häufig (in 22,9%) in der Jugend (20—30 J.), wie im mittleren Alter (40—50 Jahren), am wenigsten in den vorgeschrittenen Jahren (50—60 J.), selten im Knaben- und Jünglingsalter (10 bis 20 J.) und gar nicht im Greisenalter erkranken. Frauen erkranken am häufigsten (in 25%) im Alter zwischen 20—30 Jahren, gleichmässig oft (20%) im jugendlichen (10—20 J.) und mittleren (30—40 J.) Alter, weniger oft (15%) im Alter von 50—60 J. und seltener (10%) von 40—50 und 60—70 J. Im Alter von 10—30 J. erkranken Frauen folglich bedeutend öfter (45%) als Männer (28,6%). Dasselbe lässt sich im vorgeschrittenen Alter (50—70 Jahren) beobachten: Männer erkranken in 11.4%, Frauen in 25% aller Fälle.

Die mittlere Dauer der Erkrankung beträgt etwa 1 Jahr und 9 Monate. Der pankreatische Diabetes verläuft folglich stürmisch und schnell, in weniger als zwei Jahren zum Tode führend. Todesursache waren nach Angaben der Autoren: Coma — in 46%, Cachexia — in 22%, Phthisis pulmonum — in 19%, Dysenterie — in 6%, Pneumonie — in 5,0%, Abscesse — in 2,3%. Folglich gehen Kranke mit pankreatischem Diabets am allerhäufigsten an Coma, Cachexie und Lungentuberculose zu Grunde.

Der pankreatische Diabetes kann langsam, unbemerkt vom Kranken, beginnen, doch lassen sich nicht selten in der Anamnese heftige cardialgische Schmerzen, kolikartige Anfälle von Gastralgie, die ganz ähnlich den Gallensteinkoliken, jedoch ohne Icterus verlaufen, constati-

[2]) Bestimmt nach dem Verfahren von Kraus (Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. 26 B. 1889).

[3]) René Drouin. Hémo-alcalimétrie, hémo-acidimétrie etc. Paris (Steinheil). 1892, p. 78--79.

[4]) Extrait de la soc. Impér. de naturalis tes de Moscou, Nr. 3, 1892.

ren. Zuweilen beginnt die Krankheit plötzlich, wobei zuerst die oben erwähnten Schmerzen in den Därmen auftreten, öfter in epigastrio, mit Erbrechen, zuweilen verbunden mit Gelbsucht, Oedemen, Fieber und allgemeiner Schwäche. Die Kranken verlieren jede Lust zur Arbeit, nehmen schnell an Kräften ab, werden mager, äussern einen gesteigerten Durst und unmässigen Appetit bei erhöhter Harnausscheidung. Die Kranken sehen abgemagert und herabgekommen aus und bestätigen durch ihren allgemeinen Habitus vollauf die Bezeichnung «diabète maigre, magerer Diabetes« die Lanceraux dem pankreatischen Diabetes gegeben hat.

Die Aetiologie des pankreatischen Diabetes ist eine ziemlich unbestimmte. Es wurde auf erbliche Disposition nicht nur für Diabetes, sondern auch für Nervenleiden, auf psychische Erregungen, Erschütterungen familiären oder geschäftlichen Ursprungs, Kummer, übermässige Arbeit, Krankenwartung, und dergl. hingewiesen. Nicht selten wird ein Trauma beschuldigt, das dem Diabetes vorausging. In gewissen Fällen kann ein Trauma durch Ueberwanderung von Steinen in den Canalis Wirsungii Veranlassung zur Verstopfung desselben und folgender Atrophie der Bauchspeicheldrüse sein

Von Seiten des Verdauungstractus sind für pankreatische Steine Koliken charakteristisch, die völlig an Gallensteine erinnern, sich jedoch von letzteren dadurch auszeichnen, dass bei ihnen keine Gelbsucht auftritt und dass die Schmerzen mehr links, als rechts, ausstrahlen und tief an der Wirbelsäule verspürt werden Ausserdem unterscheiden sich die Steine des Pankreas in ihrer Beschaffenheit von den Gallensteinen, (Minnich) wenn es gelingt sie aus den Fäces zu erhalten. Sie bestehen aus einer zähen, nicht festen Masse, die sich leicht mit den Fingern zerdrücken lässt; hierbei verwandelt sie sich nicht in ein Pulver, sondern theilt sich bloss in einige Stücke. Die Darmthätigkeit ist beim pankreatischen Diabetes nicht selten mit erkrankt, obgleich sie auch zuweilen normal sein kann Zuweilen sind die Excretionen schleimig und mit Blut vermischt; sehr oft ist von den Autoren Obstipation beobachtet worden, obgleich Durchfälle die Regel bilden. Dieselben sind durch fetthältige Entleerungen charakterisirt, welche auf ungenügende Assimilation von Fetten durch den Darmtractus hinweisen. Nicht selten stellen die Faeces makroscopisch nichts Abnormes dar, mikroskopisch lassen sie jedoch nadelähnliche Krsytalle von Fettsäuren und quergestreifte Muskelfasern — als Hinweis auf schlechte Fleischverdauung constatiren.

Häufig wird die Leber verändert gefunden, sei es durch Krebs oder eine andere Neubildung, oder sie ist cirrhotisch in Folge von Gallenstauung, die durch Verschluss des Ductus choledochus durch Steine hervorgerufen wurde; daher ist die Erscheinung von Icterus beim pankreatischen Diabetes keine seltene.

In Bezug auf die Respirationsorgane müssen, ausser dem charakteristischen Acetongeruch (Chloroformgeruch, Fruchtgeruch etc., wie verschiedene Autoren beschreiben), der beim Coma diabeticum beobachtet wird, — als eins der am meisten charakteristischen Symptome des pankreatischen Diabetes, Veränderungen in den Lungen im allgemeinen und tuberculöse im besondern gelten. Von den von mir aus der Literatur gesammelten Fällen von pankreatischen Diabetes war nur in 14% gesunde Lungen notirt; in 66% war Lungentuberculose vermerkt, in 15% Pleuritis oder Gangraena pulmonum, in 17% Pneumonia. Nach Frerichs waren bei nicht pankreatischen Diabetischen in 40% gesunde Lungen und tuberculöse nur in 30% zu finden. Folglich trifft man beim pankreatischen Diabetes gesunde Lungen dreimal seltener, Tuberculose jedoch zweimal häufiger an, als bei Diabetes nicht pankreatischen Ursprungs.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gehört der pankreatische Diabetes, im Sinne Seegen's u. A., zur schweren Form des Diabetes, d. h. der Zucker verschwindet aus dem Harn nicht selbst bei ausschliesslicher stickstoffhaltiger Kost. Die Menge des Harns, wie der Zuckerausscheidung, in 24 Stunden ist in verschiedenen Fällen verschieden; es lässt sich daher für diese Form des Diabetes in dieser Hinsicht keine typische Norm aufstellen. In den letzten Lebenstagen vermindert sich beständig die Glycosurie, wie Polyurie, der Zucker verschwindet zuweilen völlig aus dem Harn, wird zuweilen jedoch selbst noch am Todestage constatirt. Zu dieser Zeit beobachtet man oft Albuminurie; schon früher erschienen Schwellungen, ohne von Eiweissausscheidungen im Harn begleitet zu werden. Der Harn enthält stets Aceton, Acetessigsäure, β-Oxybuttersäure und grosse Mengen von NH_3.

Von Seiten des Nervensystems lassen sich trophische Störungen, wie etwa Ausfallen der Haare, Zähne, Trockenheit der Haut, Furunculosis, zuweilen Kopfschmerz, Neuralgien, Paresen, Fehlen von Patellarreflex, Schwächung der Geschlechtsfunctionen, des Gedächtnisses und sonstigen Geistesfähigkeiten beobachten.

Aus der oben angeführten kurzen Zusammenstellung der klinischen Symptome des pankreatischen Diabetes ist zu ersehen, dass die Differentialdiagnose zu Lebzeiten, wenngleich schwierig, jedoch in vielen Fällen möglich ist. Der schnelle Verlauf der Krankheit, die Nutzlosigkeit therapeutischer Maassnahmen, die allgemeine Schwere der Erkrankung, die Abmagerung, das Ergriffensein der Lungen, die trophischen Störungen — bei Männern von 30—40 Jahren können schon den Verdacht erregen, dass es sich um pankreatischen Diabetes handelt. Der plötzliche Beginn jedoch, die kolikartigen Schmerzen in der Magengegend, ohne Icterus, die Störungen in der Darmfunction in Form von schlechter Fett- und Eiweissverdauung können mit grosser Wahrscheinlichkeit auf pankreatische Steine schliessen lassen. Das Auftreten von Icterus zusammen mit Kolikanfällen auch in der Gegend des rechten unteren Rippenrandes weist auf gleichzeitiges Bestehen von Gallensteinen hin. Eine in epigastrio fühlbare Geschwulst, Icterus, Gastralgie, bei alten Leuten, zusammen mit Abmagerung und Glycosurie, weisen auf eine Neubildung in der Leber mit Metastasen im Pankreas oder umgekehrt hin.

Was die Prognose des pankreatischen Diabetes anbetrifft, so muss, in Anbetracht des anatomischen Substrates, durch welches dieses Leiden charakterisirt ist, diese Krankheit als eine schwere, unfehlbar zum Tode führende, bezeichnet werden.

Dem entsprechend muss auch die Therapie dieser Art des Diabetes bis hierzu als machtlos gelten. Nichts desto weniger ist in einigen Fällen Heilung durch Operation eingetreten, wo als Ursache der Erkrankung eine Cyste der Bauchspeicheldrüse gefunden worden war; in einem andern Falle bei Steinen des Pankreas bildete sich spontan eine Fistel in der Gegend des Epigastrium, aus welcher im Laufe von 6 Jahren bis an 100 Steine herauskamen, worauf Heilung eintrat.

Die innere Behandlung des pankreatischen Diabetes, wie jedes anderen läuft auf Beschränkung von Kohlehydrathaltiger Nahrung und Ordination von Fleisch, Milch u. s. f. heraus. Es muss jedoch auf den thatsächlichen Schaden, der durch die absolute Beschränkung von Kohlehydrathaltiger Nahrung und Verordnung von alleiniger Fleischkost entsteht, hingewiesen werden; hierdurch erreicht man zwar eine Verringerung der Glycosurie, jedoch damit in Zusammenhang wird die Säureintoxication des Blutes erhöht und beschleunigt das Auftreten des Coma. Die Verordnung von Fett beim «mageren Diabetes» muss als rationell gelten, da durch Schonung der Eiweissverbrennung durch dieselbe zugleich die Glycosurie vermindert und die progressive

Abmagerung des Organismus somit in Schranken gehalten wird. Leider jedoch verdauen sehr viele Diabetiker vom pankreatischen Typus — bestätigt auch durch die Thierversuche — die innerlich genommenen Fette nicht und scheiden dieselben mit den Excrementen aus. In solchen Fällen muss als bestes diätetisches Mittel die natürliche Emulsion, d. h. die Milch, gelten, welche sowohl Diabetiker, wie die Experimentthiere, gut vertragen. Die Befürchtung früherer Autoren, dass der in der Milch enthaltene Milchzucker die Glycosurie vermehre und den Allgemeinzustand verschlimmere, hat sich weder klinisch, noch experimentell (nach meinen Veruchen) bestätigt. In Fällen, wo ungenügende Assimilation von Fett und Eiweiss constatirt wird, weist noch eine gute Wirkung die Verordnung einer Emulsion von der Bauchspeicheldrüse von Kälbern und anderen Thieren auf, dasselbe Ziel wird schlechter erreicht durch Verordnung von Pankreatin zusammen mit der Speise zu 0,25 einige Mal am Tage.

Als bestes Mittel gegen den Diabetes überhaupt und den pankreatischen im Besondern muss das gelten, was empirisch sich herausgearbeitet hat, nämlich die Alkalien in verschiedener Form, im Besondern Karlsbad, Neuenahr, Vichy und dergl. Der seit Jahrhunderten aller Welt bekannte Ruf Karlsbads, als Kurort für Diabetiker, findet in den Versuchen an Thieren seine Bestätigung. Da beim pankreatischen Diabetes die Alkalescenz des Blutes vermindert ist, so muss die Einführung von Alkalien in den Organismus, als äusserst rationell gelten. Einige meiner Versuche an Thieren mit Exstirpation der Bauchspeicheldrüse zeigten, dass die Einführung von Soda ins Blut die Zuckermenge im Harn bedeutend vermindert. Noch mehr angezeigt ist diese Kur beim Coma diabeticum. In diesem Falle wird, da eine schnelle Hilfe erfordert ist, die Einführung von Soda direct in die Vene empfohlen. Auf Grund meiner Versuche kann ich die Einführung von Alkalien ins Blut bei acuten und — in den Magen bei chronischen — Fällen nur warm empfehlen.

Von den neuen Mitteln, die bei Diabetes vorgeschlagen worden sind, sind besonders die rationell welche die Alkalescenz des Blutes erhöhen und zwar Syzigium Jambolanum (Pulv. fruct. 1,0—1,5 4—6 Mal täglich) und Piperazin, entsprechend den letzten Experimenten von Hildenbrandt[5]). Für den Erfolg sind frische Präparate erforderlich. Von anderen pharmaceutischen Präparaten wirken günstig, wie ich aus persönlicher Erfahrung bestätigen kann, Opium und seine Präparate, Antipyrin und ihm verwandte Körper der aromatischen Gruppe und ebenso aromatische Verbindungen, hauptsächlich die der Benzol-Gruppe. Die Aufgabe der Zukunft besteht jedoch — gleichzeitig mit der Erklärung der Rolle der secretorischen Drüsen im Organismus — in der Ausarbeitung einer Methode der Behandlung des pankreatischen Diabetes durch verschiedene Präparate der Bauchspeicheldrüse — in Form von Injectionen oder auch vielleicht durch Transplantation derselben unter die Haut. Vorläufig sind derartige Versuche noch vereinzelt, jedoch lässt sich aus der Analogie bei Behandlung des Myxödems durch Injection von Extract der Schilddrüse oder Verabreichungvon Tabletten aus der Thyreoidea innerlich mit günstigem Erfolg erwarten, dass diese Methode der Behandlung auch beim pankreatischen Diabetes zum gewünschten Ziele führen wird.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. Haug-München. Jena. Verlag von Gustav Fischer. I. Heft. 1.

[5]) Berlin. klin. Wochenschr. 1894, № 6.

Die Grundzüge einer hygienischen Prophylaxe der Ohrenentzündungen unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Massnahmen von Dr. R. Haug.

Eine vorzügliche Brochüre, deren Lectüre Referenten, wie selten eine erquickt hat sowohl durch die Frische des Vortrages, als auch durch den Inhalt Zwar giebt sie dem Fachmanne eigentlich nichts Neues, obgleich mancher Specialist in dem Büchlein recht nützliche Lehre, gegen die so oft gefehlt wird, vorfinden wird. Von unendlichem Nutzen wird es sein in den Händen des praktischen Arztes, des Hausarztes, der hier eine genaue, klar und knapp geschriebene Prophylaxe der Ohrerkrankungen, die ja leider bis jetzt noch recht wenig Gemeingut der Aerzte ist, findet. Dass dabei Verf. zuweilen über das vorgesteckte Ziel geht, das wollen wir ihm nicht verargen, denn «nur durch ein Hand in Handgehen der localiter zu ergreifenden Massregeln mit den «allgemein» wirkenden lässt sich ein wirklich erspriessliches, prophylactisches Handeln erzielen. Eine locale hygienische Prophylaxe ohne gleichzeitige Stütze der Allgemeinen ist nicht gut denkbar und durchführbar.»

Es ist ein sehr zu empfehlendes Büchlein und hoffen wir, dass Verf.'s «pium desiderium», dass «von seiten der Staats- und Städteverwaltungen in dieser Hinsicht, (Ausführung und Reacisirung seiner Vorschläge. Rf.) auf die Lehrkräfte gewirkt wurde, nicht ein solches bleibe.»

I. Bd. 2. Dr. A. Eitelberg: Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und localen Reflexerscheinungen.

Verf. führt uns eine ganze Reihe (durch Krankengeschichten illustrirt) der bekannten, höchst interessanten, vom Gehörorgane ausgelösten Reflexerscheinungen vor und kommt dann zum «clou» seiner Arbeit, nämlich der «reflectorischen Wechselbeziehung, in welcher beide Gehörorgane zu einander stehen.» Für den Autor steht es fest, dass bei Erkrankung des einen Ohres das andere ebenso sicher erkranke mit der Zeit; ebenso dass die Besserung des Ohrenleidens der einen Seite Besserung der Erkrankung auf der anderen Seite nach sich ziehe. Verf. bezieht das nicht blos auf den Mittelohrcatarrh, (wo der Nasenrachenraum die Vermittlerrolle spielt Ref.), sondern auch auf andere und tiefere Erkrankungen und nennt das ebenfalls «Reflexwirkung zwischen beiden Ohren.» Für diese Ansicht werden Beweise angeführt.

I. Bd. 3. Dr. F. Rohrer: Die Intoxicationen, speciell die Arzneiintoxicationen in ihrer Beziehung zu Nase, Rachen und Ohr.

Es werden die Vergiftungserscheinungen der nach Kobert klassificirten Gifte (Aetz-, Parenchym-, Blut-, Nerven- und Thiergifte) besonders bei den erwähnten Organen in Kürze besprochen. Besonders von Nutzen für den Praktiker und Nichtspecialisten. J. F. Neumann.

I. Bd. 4. Dr. Eulenstein: Die Folgekrankheiten der eitrigen Mittelohrentzündungen, ausschliesslich der durch acute Eiterungen entstandenen Warzenfortsatzerkrankungen.

Verf.'s Absicht ist, «dem allgemein praktisch thätigen Arzte unsere heutigen Kenntnisse auf diesem Gebiete in Kürze und in zusammenfassender Weise zugänglich zu machen,» da wir in der Jetztzeit nicht mehr ohnmächtig sind, wie wir es früher waren, und wir auf eine erfolgreiche chirurgische Therapie mit Genugthuung hinweisen können. — Es ist dem Verf. gelungen ein abgerundetes Bild der Krankheiten zu geben.

I. Bd 6. Prof. G. Stetter: Ueber die chronische, trockene Entzündung des Trommelfelles, eine in das Behandlungsbereich des praktischen Arztes fallende häufige Erkrankung.

Verf. betont diese besondere Form der Erkrankung des Trommelfelles und beschreibt des Genaueren die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie (Sozojodolpräparate und Politzer's Verfahren). J. F. Neumann.

Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Nach den Ergebnissen meiner 24-jährigen statistischen Beobachtung von Dr. Fr. Bezold, Prof. d. Ohrenkr. an d. Univ. München. Wiesbaden. Verl. v. F. Bergmann. 1895.

Vorliegendes Buch ist eigentlich ein statistischer Bericht über Verfassers 24-jährige Thätigkeit, eine Zusammenfassung mehrerer (7 an Zahl) schon publicirter plus dem für die Jahre 1890—92 noch nicht veröffentlichten 8 Berichte. An die zahlenmässigen Belege hat Verfasser epikritische Bemerkungen über Aetiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Therapie u. s. w. angeknüpft, wodurch das scheinbar nur für den Fachmann berechnete Werk für weitere ärztliche Kreise an Interesse gewonnen hat, was auch in Verfassers Intention lag.

Ein kurzes Referat zu geben, ist nicht gut möglich. Jeder, der sich über den im Titel angegebenen Gegenstand genauer

informiren will, wird nicht vergeblich sich an diese Brochüre gewandt haben.

Druck und Ausstattung sind sehr gut.

J. F. Neumann.

Die Lehren von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths, zusammengestellt von Dr. Stanislaus von Stein, Privatdoc an d. Kaiserl. Univ. zu Moskau. — Aus dem Russischen übersetzt, für die deutsche Ausgabe bearbeitet und herausgegeben von Dr. C. von Krzywicki, Privatdoc. f. Laryngologie u. Otiatrie an d. Kgl. Albertus-Univ. zu Königsberg i. Pr. — Mit 190 Abbildungen im Texte. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1894.

Vorliegendes 697 Seiten starke Werk ist die in Folge eines von Prof. Moos ausgesprochenen Bedauerns, dass das russische Original leider in Deutschland zu wenig Berücksichtigung finden werde, von Dr. Krzywicki gemachte Uebersetzung. Dieselbe ist gut, wenn auch die Uebersetzungsarbeit, wie der Uebersetzer es selbst auseinandersetzt, mit sehr grossen Schwierigkeiten verbunden war.

In dem Buche werden die Lehren über die physiologische Function des Ohrlabyrinths historisch und kritisch dargestellt, — eine systematische Zusammenstellung aller einschlägiger Data von den frühesten Zeiten griechischer Forschung bis auf unsere Tage. Es ist dabei die Anordnung so getroffen worden, dass gleich nach der Ansicht oder der Lehre des entdeckenden Forschers auch die gegen den Befund erhobenen Einwände der Gegner, aber auch die Controlversuche zustimmender angeführt werden und zwar in extenso, so dass dem Leser das thatsächliche Material vorgeführt wird, wodurch ihm selbst die Möglichkeit gegeben ist, «zu verificiren», ohne sich die Originalien selbst zu suchen und darin «herumzuwühlen».

Ausserdem findet sich noch eine Arbeit vor, nämlich die zum ersten Male überhaupt ausgeführte Zusammenstellung der Experimentalmethoden.

Welch' grossartiges Material da zusammengetragen ist! Welche Arbeit des Sichters desselben! Es ist ganz unmöglich, ein Referat dessen zu geben. Schon das Inhaltsverzeichniss allein umfasst 20 Seiten. Nur in Kürze wollen wir angeben, was im Buche enthalten ist. Erstens der geschichtliche Ueberblick, 93 Seiten umfassend; dann folgen 80 Seiten über die Functionen der Schnecke, weiterhin über die Functionen der Maculae des Vorhofs und der Crista der halbkreisförmigen Kanäle 343 Seiten und endlich auf 165 Seiten die Experimentalmethoden.

Das Buch ist nicht für den Ohrspecialisten allein, für den er eine schätzenswerthe Fundgrube sein wird, geschrieben, sondern geht weit darüber hinweg. Es ist für weitere Forschungen auf dem Gebiete der experimentellen Physiologie dieses Sinnesorgans berechnet. Dieser Forscher findet das ganze Material streng geordnet, so dass er nicht genöthigt ist, «die Experimente zu unterbrechen, um in der Literatur Umschau zu halten, und damit man sich stets mit Leichtigkeit innerhalb der durch jahrelange Arbeit zu einer enormen Menge angeschwollenen Versuchsarten, Beobachtungen und verschiedenartigen Theorien orientiren könne».

Dadurch ist das Buch von unendlichem Werthe und sei das verdienstvolle, fleissige Werk den Interessenten bestens empfohlen.

Druck und Ausstattung sind ausgezeichnet.

J. F. Neumann.

Prof. Dr. Bürkner. Göttingen. Die Behandlung der Krankheiten der Eustachischen Röhre. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1894.

Die zu therapeutischen Eingriffen zwingenden Erkrankungen der Tuben sind:

A. Die Behinderung der Durchgängigkeit des Tubencanals:

I. Durch catarrhalische Verschleimung und Verschwellung des Lumens.

Das therapeutische Verfahren dagegen besteht in:

1) Dem Politzerschen Luftdrucke und dem Catheterismus, wobei Verf. dem letzteren im Grossen und Ganzen den Vorzug giebt.

2) Dem Bespülen des Tubenostiums und in Gurgelungen.

3) Medicamentösen Einspritzungen. Die 1%-ige Kochsalzlösung wohl die convenirendste. Die anderen nicht besser, dagegen gefährlicher; besonders die Arg. nitr. Lösungen.

4) Dem Einbringen von Salmiak- und Terpentindämpfen.

5) Der Behandlung der Rhinopharyngitis, der Entfernung der adenoiden Vegetationen, der Tonsillen und der Behandlung der Hypertrophie der Nasenmuschel.

II. Durch Stenosen.

Dagegen werden empfohlen:

1) Die Bougierung nach Urbantschitsch. Medicamentöse Bougies wirken kaum wesentlich besser, sind aber gefährlicher.

2) Die Vibrationsmassage, die häufig jedoch nur von vorübergehendem Erfolge.

3) Die äussere Massage der Ohrgegend nach Politzer — von recht gutem Erfolge.

4) Die Electrolyse — etwas zweifelhaft.

III. Durch Atresien und Knickungen:

Hier die Therapie wohl recht ohnmächtig. Die Extraction des Trommelfells mit dem Hammer und Myringectomie wohl von nicht dauerndem und zweifelhaftem Erfolge.

IV. Durch ulcerative Processe im Nasenrachenraume. Diese werden durch Bespülen mit antiseptischen, adstringirenden oder ätzenden Flüssigkeiten behandelt, doch besser wirkt der Galvanokauter, das Argent. nitr., die Chrom- und Trichloressigsäure in Substanz.

V. Durch Synechien in der Nähe der Tubenöffnungen. Lösung derselben mit scharfen und stumpfen Instrumenten (dem Zeigefinger).

B. Das abnorme Offenstehen der Tuben, wogegen Verfasser Lufteinblasungen mit Einführen von Salmiakdämpfen, wie oben, von faradischen oder galvanischen Strom und auch die Vibrationsmassage nach Urbantschitsch empfiehlt.

J. F. Neumann.

Prof. Kessel. Jena. Ueber die vordere Tenotomie, Mobilisirung und Extraction des Steigbügels. Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1894.

Eine höchst interessante Studie und sehr lesenswerth. Aber — «Fertiges konnte ich hier nicht bringen, sondern Anfänge, alles im Werden Begriffenes. Es ist weder die Zahl der unter günstigen Verhältnissen operirten Fälle noch die Zeit ihrer Beobachtung ausreichend, um ein endgültiges Urtheil fällen zu können». J. F. Neumann.

Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propaedeutik für Aerzte und Studirende von Dr. Carl Zarniko, Hals-, Nasen- und Ohrenarzt in Hamburg, fr. I Ass. der k. San. R. Dr. A. Hartmann in Berlin. Mit 132 Abbild. Berlin 1894, Verlag v. S. Karger.

Ein vorzügliches Handbuch das «vornehmlich für den Arzt bestimmt ist, der ohne specielle Vermittelung einen Ueberblick über den heutigen Stand der Rhinologie gewinnen will». Unter dem Titel Propädeutik (136 Seiten) findet derselbe eine sehr eingehende Arbeit über Anatomie und Physiologie, weiter allgemeine Pathologie und Symptomatologie, allg. Diagnostik und Therapie obengenannter Erkrankungen. Dann folgt als 2. Theil die specielle Pathologie und Therapie (170 S.).

Knappe, aber durchaus klare und genaueste Darstellung bei übersichtlicher Anordnung des Stoffes, das sind die Vorzüge dieses Buches, das Ref. recht warm empfehlen kann und auch ohne dies sich viele Freunde erwerben wird.

Druck und Ausstattung (Abbildungen) sehr gut.

J. F. Neumann.

Vermischtes.

— Wie uns mitgetheilt wird, empfangen folgende allgemein bekannte Persönlichkeiten hier Geldbeiträge für das in Paris zu errichtende Pasteur-Denkmal: Dr. A. Remmert, das Stadthaupt Ratkow-Roshnow, Dr. Kudrin, Dr. Ssutugin, Prof. Paschutin, Dr. Ragosin, Prof. Lukjanow, Prof. Weljaminow und Dr. Winogradski.

— Verstorben: 1) Am 10. Juli Dr. Heinrich Mehrens in St. Petersburg. 2) Am 6. Juli Dr. med. Eduard Heinrichsen. 57 Jahre alt, ebenda.

— Ernannt: Die Ehrenprofessoren des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Dehnberg, Motschutkowski und Ott — zu etatmässigen Professoren an demselben Institut. — Der Privatdocent der Moskauer Universität A. Wedenski — zum Professor der operativen Chirurgie in Tomsk. — Der Prosektor der Militär-medicinischen Akademie N. K. Tschermak — zum a. o. Professor der vergleichenden Anatomie, Embryologie und Histologie in Jurjew (Dorpat).

— Nützliches literarisches Unternehmen. Jedem, der viel in der medicinischen Literatur nachschlägt, wird es schon unangenehm aufgefallen sein, dass die Verzeichnisse bei manchen Büchern und Zeitschriften sehr viel zu wünschen übrig lassen, so dass man sich nicht rasch und leicht genug zu orientiren vermag. Die betreffenden Autoren haben jedenfalls nicht Zeit oder Lust gehabt, genaue Verzeichnisse anzufertigen, und nicht so bald jemanden gefunden, der die zeitraubende und wenig interessante Arbeit für sie übernahm. Es wird deshalb in literarischen Kreisen gewiss freudig begrüsst werden, dass, um diesen Uebelständen abzuhelfen und die Brauchbarkeit neu

erscheinender Bücher etc. zu erhöhen, der Redacteur der «Excerpta medica» und des «Centralblatts für Kinderheilkunde», Dr. E. Graetzer in Sprottau, jetzt eine Centrale für Anfertigung solcher Verzeichnisse (Autoren-, Sachregister u. s. w.) gegründet hat, welche den Zweck verfolgt, den Autoren möglichst rasch ganz genaue Verzeichnisse zu verschaffen. Dr. G. hat sich mit jungen Medicinern in Verbindung gesetzt, die ihn selbst schon verschiedentlich zu seiner vollsten Zufriedenheit bei Anfertigung der Verzeichnisse seiner Bücher und Zeitschriften unterstützt haben, und die sich, hauptsächlich um der guten Sache willen, verpflichteten, solche Verzeichnisse jederzeit für mässiges Honorar anzufertigen, unter Anleitung und Controle von Dr. G., der die volle Garantie für Genauigkeit und Richtigkeit dieser Verzeichnisse zu übernehmen gern bereit ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Juli d. J. 7275 (25 mehr als in d. Vorw.), darunter 865 Typhus — (47 wen.), 709 Syphilis — (42 mehr), 135 Scharlach — (6 wenig.), 73 Diphtherie — (3 mehr), 44 Masern — (5 mehr) und 38 Pockenkranke — (1 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. Juli bis 13. Juli 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—19 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—90 Jahr.	19—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
348	285	633	197	76	99	11	4	20	52	50	27	37	30	21	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 13, Scharlach 14, Diphtherie 7, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 180, Todtgeborene 40.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Успенскій. Органотерапія. Цѣлебныя свойства органовъ животныхъ. Новые способы леченія болѣзней по методу Brown-Sequarda. Спб. 1896.

Der vierundzwanzigste schlesische Bädertag. Reinerz 1896.

Transactions of the American Pediatric Society. Vol. VII.

Neisser. Stereoscopischer medicinischer Atlas. Lief. 8 u 9. Cassel, Fischer 1896.

Wilbrand. Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes. Wiesbaden, Bergmann 1896.

Bezold. Hörvermögen der Taubstummen. ibidem.

Brieger. Ohrenheilkunde. ibidem.

Körner. Ohrenheilkunde des Hippokrates. ibidim.

Jankau. Vademecum und Taschenkalender 1896/1897. Leipzig, Mayer 1896.

Boden. Blasen-Scheidenfistel. Leipzig, Voigt 1895

Heitzmann. Anatomie des Menschen. IV. Lief. Wien, Braumüller.

Kast, Rumpel. Pathologisch-anatomische Tafeln Lief. XIII. Kunstanstalt, Hamburg.

Wasielewsky. Sporozoenkunde. Jena, Fischer 1896.

Riedel. Anleitung zum Operieren. ibidem.

Bardeleben. Handbuch der Anatomie. Band. I. Abth. I. ibidem.

Bardeleben. Handbuch der Anatomie. Band 7. Theil 2. Abth. I. ibidem.

Penzoldt Stintzing. Specielle Therapie. Lief. 26. ibidem.

Дозв. ценз. Спб. 20 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, (1. August) 27. Juli 1896

Achter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der achte Aerztetag findet **in Wenden am 29., 30. und 31. August** c. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts spätestens bis zum 1. August bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Klinische Mittheilungen aus dem Peter-Paulhospital.

VII. Zur Kenntniss der traumatischen intraperitonealen Ruptur der Harnblase.

Von

Dr. med. A. Högerstedt.

(Vorgetragen im Verein St. Petersburg. Aerzte am 30. April 96.)

Meine Herren! «Si vesica praeciditur, aut cerebrum, aut cor, aut jejunum, aut ileum, aut jecur, — lethale est.» So lautet eine Formel der Hippocrati'schen Aphorismen[1]), vor deren feierlichem Todesspruch sich die Medicin zweier Jahrtausende, wie einst die christliche Welt vor der Völkerzwingenden Macht des «Anathema sit,» in fatalistischer Ergebung gebeugt hat. Erst der chirurgischen Technik unserer Zeit war es beschieden an den Grundfesten dieses Dogma's rütteln zu dürfen und Stein um Stein vom morschen Bau zu stürzen. An der Förderung dieser Errungenschaften haben aber wir Alle, welcher Disciplin wir im Engeren auch angehören mögen, Theil, sofern wir uns zum modernen Culturprincip «Viribus unitis» bekennen, und sofern sich also auch ein Jeder über die Grenzen seiner Aufgaben und seines eigenen Könnens klar bewusst wird. Das ist besonders dort nicht leicht erfüllbar, wo Medicin und Chirurgie sich die Hand zu ineinandergreifendem Handeln bieten, denn dort, an jenen Grenzgebieten, sind die Ansprüche an das Können und Wollen heute schon solcher Art, dass ausser reichem Wissen, ausser selbsterworbener Erfahrung und ausser persönlicher Begabung auch noch ein hoher Grad feinentwickelten Taktgefühls dazu gehört, um jenes Quantum männlicher Sicherheit zu bethätigen, welches gegebenen Falles gerade verlangt wird. Liegen doch die Verhältnisse häufig so, dass von der Schnelligkeit der Diagnose, von der Sicherheit der Prognose und von der Entschlossenheit, mit der die Indication befolgt wird, die mögliche Rettung eines Menschenlebens abhängt. Daher kann gegenüber dem immer stärker gewordenen Streben den Kern medicinischer Arbeit in die Laboratorien zu verlegen, garnicht oft und laut betont werden, dass sich zum Herrn solcher Situationen doch nur Derjenige aufzuschwingen vermag, der die Hauptfactoren seiner ärztlichen Kunst vom Krankenbett, vom Operationssaal und vom Sectionstisch herzuleiten gelernt hat. Und darum wird gerade auf diesen Gebieten eine Casuistik, welche bei gewissenhafter Berichterstattung mit strenger Kritik verbunden ist, ihrem praktischen Nutzen nach noch für lange Zeit dominirende Lehrmeisterin bleiben. Das, m. H!, sind ungefähr die Gründe, welche mich veranlasst haben Ihnen heute über einen Fall aus meinem medicinisch-chirurgischen Grenzgebiete Mittheilung zu machen, der zum Theil seiner grossen Seltenheit wegen, zum andern Theil deswegen Ihr Interesse wecken dürfte, weil wir uns ihm gegenüber nicht auf der Höhe der Situation befunden haben.

Dienstag, den 20. Feb. a. c., wurde gegen 11 Uhr Abends ein 33jähriger, kräftig gebauter, gut genährter Mann in die therapeutische Abtheilung aufgenommen, welcher angab vor etwa 1 bis 2 Stunden auf der Villier'schen Klinik per Nélaton catheterisirt worden zu sein, wobei statt Urin «reines Blut» zum Vorschein gekommen wäre. Es sei, so erzählte der Kranke, in der vorangegangenen Nacht, also vom 19 auf den 20. Feb. als er vom Bett aufgestanden war um den Harn zu lassen, plötzlich ein heftiger, schneidender Schmerz unter dem Nabel aufgetreten, und er habe nicht zu uriniren vermocht. Auch

[1]) Sect. II. Nr. 18.

tagsüber sei ein jeder Versuch die Blase zu entleeren erfolglos und von Steigerung und Ausstrahlung der Schmerzen in die Seiten und den Rücken begleitet gewesen. So habe er sich denn gegen Abend zur Klinik begeben, und dort sei ihm nach der Catheterisirung gerathen worden sich unverzüglich in ein Hospital aufnehmen zu lassen. — Nachdem hier in der Abtheilung die Nacht unter Opium ruhig verbracht worden war, hatten sich am nächsten Morgen, Mittwoch den 21. Feb. wieder Harnbedürfniss und Schmerzen eingestellt, und, als es sich erwies, dass der Kranke den Urin nicht zu entleeren vermochte, waren per Catheter, dessen Einführung glatt von Statten ging, gegen 500 Cm^3 trüben, rosenroth gefärbten Harns entleert worden, in welchem sich grosse Mengen rother Blutkörperchen, dagegen weder Epithelien noch Eiterkörperchen nachweisen liessen. Der Harn reagirte sauer und enthielt kein Eiweiss. Man constatirte leichte Auftreibung des Abdomen. Druckempfindlichkeit in der regio subumbilicalis und beim Druck vom Mastdarm her auf die anscheinend normale Prostata starke Schmerzhaftigkeit. Das Allgemeinbefinden war, abgesehen von geringer Uebelkeit, kaum gestört. T. 37.5. P 88. Leber, Milz von normaler Grösse. Nierengegend beiderseits nicht druckempfindlich. Stuhlverhaltung. Brustorgane ohne nachweisbare Veränderung.

Wir konnten Nichts in Erfahrung bringen, was auf die Gegenwart eines chronischen, latent verlaufenen Leidens hätte hinweisen können. Der Mann hatte sich stets ausgezeichnet gesund befunden. Gonorrhoe wurde vom Kranken, der verheirathet und Familienvater war, mit Bestimmtheit in Abrede gestellt. Blasenbeschwerden irgend welcher Art waren früher nie aufgetreten. Haematurie hatte sich gleichfalls nie gezeigt. An geschwürige Processe in der Blasenwand, an Cystitis und Lithiasis war also nicht zu denken. Gegen Herkunft des Blutes aus der Prostata sprach trotz ihrer Schmerzhaftigkeit die unveränderte Grösse und Consistenz der Drüse, die Abwesenheit einer Strictur und vor Allem das gleichzeitig mit der Blutung aufgetretene Unvermögen den Urin zu entleeren. Für die Annahme eines Nierenleidens liessen sich vollends gar keine Anhaltspunkte finden; es war also ziemlich klar, dass das Blut aus der Blase stammte. Nun gab aber der Kranke an, drei Tage vor Beginn der Schmerzen, am Freitag Abend, den 16. Feb. beim Ausgang von Hause auf dem Hofe ausgeglitten und auf ebenem Erdreich zu Fall gekommen zu sein. Er war hierbei mit dem rechten Knie und Ellenbogen aufgestürzt und hatte sich an diesen Körpertheilen leichte Hautabschürfungen zugezogen Bauch und Hüfte waren aber, wie der Kranke wiederholt versicherte, keiner directen Gewaltwirkung ausgesetzt gewesen. Der Mann war, als er stürzte, nicht betrunken gewesen, doch konnte er sich nicht mehr genau erinnern, ob er damals ausgesprochenes Harnbedürfniss gehabt habe. Er selbst hatte dem Geschehniss gar kein Gewicht beigelegt und berichtete uns erst dann darüber, als er unsererseits auf etwa stattgehabte Traumen ausgeforscht wurde. Für den Kranken verhängnissvoll war dessen ganz bestimmte, uns irreleitende Angabe, dass an den drei Tagen nach dem Fall, am Sonnabend, Sonntag und Montag, die Urinentleerung ohne geringste Störung von Statten gegangen sei. Denn wir ordinirten Clysma, absolute Ruhe, Opium, Eis auf den Bauch — entschieden uns also beim exspectativen Verfahren zu verharren, weil uns das Resultat dieser anamnestischen Ergänzungen für die Deutung der Blasenblutung von durchaus nicht hinreichendem Belang zu sein schien; — eine Anschauung, die, wie ich gleich hier bemerken will, bei besserer Literaturkenntniss, wahrscheinlich zum Heile des Kranken doch wohl früher als de facto verlassen worden wäre. Einstweilen schien uns am plausibelsten, dass die Blutung in Folge einer Neubildung entstanden sei, deren primarer Sitz vielleicht in der Prostata oder in der Blasenwand anzunehmen war. Handelte es sich hierbei etwa um eine Papillargeschwulst, einen sogenannten Zottenpolypen, so konnten ja allenfalls die symptomlose Entwickelung, die plötzlich erfolgte Verlegung des Blasenhalses und die abundante Blutung damit in Einklang gebracht werden. Es sprach ja gewiss so Manches auch gegen diese Annahme, und selbstredend konnten wir von einer Diagnose in diesem Sinne nicht reden, solange das mikroskopische Harnbild uns noch nicht die mindesten Beweise erbracht hatte.

Die Temp. war am Abend jenes Tages, Mittwoch, des 21. Feb. – 37,8. Gegen 10 Uhr hatten sich die Schmerzen erneuert und der Dejourarzt entleerte durch den mit Leichtigkeit eingeführten Catheter circa 300 Cm^3 trüben, röthlich gefärbten Urins in welchem, wie die später ausgeführte Untersuchung ergeben hatte, der Blutgehalt gegen früher vermindert war. In der Nacht auf Donnerstag, den 22. Feb. war heftiges und häufiges Erbrechen gallig gefärbter Massen erfolgt, und am nächsten Morgen constatirte man beträchtlichen Kräfteverfall. T 37,5—37,3. P über 100 schwächer. Schmerzhaftigkeit des Bauches über der Symphyse stärker ausgeprägt. Abdomen gespannter. Gegen Abend per Catheter 600 Cm^3 kaum mehr blutigen Harns entleert. Den ganzen Tag über andauernde Uebelkeit und trotz Eis und Opium mehrere Mal Brechen. Freitag Morgen, den 23. Feb. also am 7 Tage nach dem Sturz war an der Peritonitis gar nicht mehr zu zweifeln. T 37,3—37. P 120. noch schwächer. Die Nacht hatte der Kranke unaufhörlich erbrochen; gegen Morgen war freiwillig Stuhl erfolgt. Bauch aufgetrieben, sehr schmerzhaft. Gegenwart eines geringen Exsudates in den unteren Bauchabschnitten, welches bei Lagewechsel des Kranken beweglich erscheint, kaum zweifelhaft. Die Untersuchung per rectum ergab nichts Neues. In dem per Catheter entleerten Urin viel hyaline Cylinder, von denen einige gekörnt erschienen. Keine Blutcylinder, keine Epithelien. Nur vereinzelte rothe Blutkörperchen, viel Eiterkörperchen und mehrere Haematoïdinkrystalle.

Bei der an jenem Morgen stattgehabten Consultation habe ich auf Grund der eingetretenen Peritonitis und im Hinblick auf den gegen eine Neubildung sprechenden Harnbefund meine Meinung dahin geäussert, dass unsere frühere Vermuthung zu verlassen sei, da an der Gegenwart einer intraperitonealen Blasenruptur leider nicht mehr gezweifelt werden könne. Den seitens der Collegen erhobenen Bedenken gegenüber suchte ich meine Diagnose folgendermassen zu begründen. Stellte man sich vor, dass die während des Falles des Kranken offenbar gefüllt gewesene Blase innerhalb der vom Peritoneum bekleideten Fläche zunächst nicht ihrer ganzen Wanddicke entsprechend geborsten war, so konnten mit einem solchen Sachverhalt auch die anamnestischen Angaben gut in Einklang gebracht werden. Denn es wäre hierdurch erklärt, warum an den drei Tagen nach dem Fall die Urinentleerung nicht gestört war, und warum sich auch sonst keine krankhaften Symptome bemerkbar gemacht hatten. Man konnte dann weiter annehmen, dass sich in der Folge in der Umgebung des Risses entzündliche Gewebsveränderungen etablirt hatten, welche von einer umschriebenen Verschmelzung der Blasenwand mit dem Peritoneum, also von einer subperitonealen Adhäsionsbildung, begleitet waren. Später muss dann der Riss bei jeder Blasencontraction unter dem Binnendruck des Harns die Wand innerhalb des veränderten Gewebes immer tiefer, bis an das Peritoneum heran, durchsetzt haben, und auch dieser letzte Halt war endlich in jener Nacht auf den 20 Feb. gewichen, als sich in Folge der während des Schlafes eingetretenen stärkeren Füllung der Blase beim Aufspringen aus dem Bett ein höherer Druck hatte geltend machen können.

Diese Combination war insofern nicht unbegründet, als v. Stubenrauch's experimentelle Untersuchungen über die Festigkeit und Elasticität der Harnblase[2]) bewiesen haben, dass zum Zustandekommen einer traumatischen Ruptur der auf die Blase einwirkenden Kraft ein gewisser Füllungsgrad des Organs gegenüber stehen müsse, dass aber im Allgemeinen die Art der Gewalt und der Ort ihrer Wirkung von untergeordneter Bedeutung seien. Die Kraft könne also in der Blasengegend selbst, wie auch entfernt von dieser angreifen und secundar die Blase treffen. Nun hat die Erfahrung gelehrt, dass im letzteren Falle die hintere obere Wand, also gerade jener im Centrum der Peritonealbekleidung gelegene Theil der Harnblase zur Ruptur disponirt, — ein Verhalten, welches v. Stubenrauch auf gewisse anatomische Verhältnisse der Blase wie deren Umgebung zurückzuführen geneigt ist. Der Riss kann dreierlei Art sein, er kann einmal die Muskelschicht zunächst nur theilweise durchsetzen, also intramural sein; die Wand der Blase kann aber auch gleich bis an das Peritoneum durchreissen und das Bild einer subperitonealen Ruptur bedingen; es kann endlich auch das Bauchfell in einem Zuge mit durchtrennt werden, und dann haben wir die typische intraperitoneale Blasenruptur. Die im Versuche häufiger als am Lebenden beobachteten unvollständigen Risse sind vielleicht aus der langsameren

[2]) Arch. f. Klin. Chir. LI. 2.

Gewaltwirkung im Experimente herzuleiten. Ob das auch für die lebende Blasenwand zutrifft, dürfte schwer festzustellen sein; aus der vorhandenen casuistischen Literatur lassen sich, soviel ich sehe, kaum absolut sichere Beweise hierfür erbringen. Wohl aber glaube ich, m. H!, darauf aufmerksam machen zu müssen, dass unvollständige, zunächst nur intramurale Blasenrupturen häufiger vorgekommen sind, als aus den Statistiken ersichtlich zu sein scheint. Jene bisher unerklärt gebliebenen Fälle Harrison's, Gillespy's und Syme's, welche Ultzmann in seinem Werke über die Krankheiten der Harnblase[3]) citirt, zeichneten sich alle durch den merkwürdigen Umstand aus, dass die Erscheinungen der Blasenruptur und der Peritonitis nicht sofort im Anschluss an das stattgehabte Trauma, sondern erst nach einer Reihe von drei und unserem Tagen ungetrübten Wohlbefindens, ganz so wie in unserem Falle, zur Geltung kamen. Sie haben wahrscheinlich alle das Bild der Perforationsperitonitis dargeboten, und es ist wichtig festzustellen, dass die ursprünglich intramurale Blasenruptur im Gegensatz zu der primär subperitonealen diesen Ausgang, wie ich anatomisch zu begründen versucht habe, früher oder später nehmen muss. Es sind vor Allem zwei subjective Symptome, welche — je nachdem — sofort oder erst längere Zeit nach der Einwirkung des Trauma den Eintritt der Peritonealperforation in Folge einer Blasenruptur kennzeichnen, der plötzlich einsetzende, streng in der Blasengegend localisirte Schmerz und das gleichzeitig zum Bewusstsein kommende Unvermögen den Urin zu entleeren. Ich möchte aber hinzufügen, dass in anderen Fällen mit dem Auftreten des Schmerzes der vorher etwa vorhanden gewesene intensive Harndrang plötzlich verschwindet und einer kurzdauernden, trügerischen Erleichterung Platz machen kann. So ging es einem jungen Mann meiner Bekanntschaft, welcher bei einer Landpartie in Gesellschaft junger Damen das Harnbedürfniss mehrere Stunden lang unterdrückt hatte und nun beim Hinunterspringen vom Char à banc einen intensiven Schmerz in der Blasengegend verspürte, gleichzeitig aber auch jeglichen Urindrang verloren hatte. Er starb drei Tage später an Perforationsperitonitis in Folge intraperitonealer Blasenruptur. — Verlässt man sich zu sehr auf den objectiven Befund, so können, wie Sie an unserem Fall gesehen haben, namentlich dort, wo es sich ursprünglich um eine intramurale Ruptur gehandelt hat, schwere, irreparable Irrthümer unterlaufen. Die vom Catheterismus gelieferten Aufschlüsse sind sehr unzuverlässiger Natur, denn es kann ja der Riss sehr klein sein oder bereits zur Verklebung gelangt sein, so dass das Fassungsvermögen der Harnblase kaum vermindert zu erscheinen braucht; oder man kann mit dem Catheter durch das Loch im Peritoneum in die Bauchhöhle gelangen und den von dort abfliessenden Harn fälschlich als direct aus der Blase herkommend ansprechen. Der Blutung ist meiner Ansicht nach in solchen Fällen nur insofern ein diagnostischer Werth zu vindiciren, als sie ohne Weiteres auf etwa vorangegangene Traumen zu fahnden auffordert.

Ich habe Ihnen nun noch über den Ablauf der Erscheinungen in unserem Falle zu berichten. Der Kranke lebte noch 2 Tage. Sonnabend, den 24. Feb T 36,1—36,9. P kaum fühlbar. Andauerndes Erbrechen, Meteorismus, fortschreitender Kräfteverfall. Per Catheter Harn erhalten von der gleichen Beschaffenheit wie am Tage vorher. Sonntag, den 25. 2 T 36,1 —35,2 P in der Radialis nicht mehr fühlbar. Extremitäten kalt, cyanotisch. Brechen dauert fort. Nur 200 Cm³ Harn entleert. In der Nacht (auf den 10 Tag nach dem Sturz) exitus lethalis.

Die am 26. Feb. von Herrn Dr. De la Croix ausgeführte Section ergab die Zeichen einer acuten Peritonitis, welche, wie die vorzüglich an der hinteren, oberen Fläche der Harnblase abgelagerten fibrinöseitrigen Massen sofort darthaten, ihren Ausgangspunkt von der Harnblase genommen hatte. Im kleinen Becken fand man circa 1 Pf. einer seröseitrigen, dem in den letzten Tagen nach der Blutung erhaltenen Harn auffallend ähnlichen Flüssigkeit. Die Schleimhaut der Harnblase, die ich Ihnen hier vorlege, war injicirt, aber kaum getrübt. An der hinteren Wand des Organs fanden sich 5 Millimeter nach rechts sowohl als nach links von der Mittellinie 2 parallele, die Spitze des kleinen Fingers bequem durchlassende Längsrisse mit ziemlich regelmässig geformten Rändern, welche die ganze Wand der Blase und das anliegende Peritoneum durchsetzt hatten. Die Schleimhaut war in ihrer Umgebung eitrig infiltrirt und injicirt.

Die anatomische Diagnose lautete: Ruptura vesicae urinariae. Peritonitis perforativa et exsudativa. Nephritis acuta duplex. Hepar hypertrophicum et cirrhoticum. Pneumonia catarrhalis et haemorrhagica duplex.

M. H! In Bestätigung des anfangs citirten Hippocratischen Aphorismus war noch Bartels genöthigt auf Grund seiner Statistik über die traumatischen Rupturen der Harnblase[4]) zuzugeben, dass von 131 Fällen intraperitonealer Berstungen alle mit Ausnahme eines einzigen zu Grunde gegangen waren. Auch nach Rivington[5]), welcher 322 Fälle von Verletzungen der Harnblase gesammelt hat, sollen die intraperitonealen Risse sämmtlich tödtlich verlaufen sein. Jener einzige am Leben gebliebene Kranke der Bartels'schen Statistik ist der berühmt gewordene Fall Walters aus Pittsburg, welcher im Jahre 1862 als erster den Muth hatte die Laparotomie auszuführen, also das Verfahren einzuschlagen, das schon 1789 von Benjamin Bell zur Heilung der Blasenruptur empfohlen worden war, das aber, trotzdem sich auch Männer wie Pinel Grandchamps, Larrey, Legouest und Woyt dafür ausgesprochen hatten, noch allgemein perhorrescirt wurde. Durfte doch, wie Ultzmann anführt, — selbst noch vor 30 Jahren Podrazky sagen: » Kaum wird in unseren Tagen aber noch Jemand die energische Therapie Walter's nachahmen, der bei einer Blasenruptur den Bauchschnitt zur Entleerung des extravasirten Blutes machte und — Heilung erzielte.» — Heute liegen die Dinge anders. Mit jedem Jahr mehren sich die Berichte über durch Laparotomie und Naht glücklich zur Heilung gebrachte Rupturen der Harnblase. Nach Sieur's Angaben über diesen Gegenstand[6]) heilten auf diesem Wege von 34 intraperitonealen Rupturen 14, also 41%. Dieses Resultat wird sich sicherlich fortlaufend besser gestalten, wenn man den Erfahrungssatz beherzigen wird, dass die Ziffer der günstigen Ausgänge schnell mit dem Anwachsen des seit dem Trauma verflossenen Zeitintervalls abnimmt, und wenn man folglich den Rath Cabot's[7]) befolgen wird möglichst sofort zu operiren, auch dann selbst, wenn begründeter Zweifel besteht, ob die Zerreissung intraperitoneal ist oder nicht. Glücklicherweise wird ja die Diagnose auch selten mit solchen Zweifeln zu kämpfen haben, wie in dem Falle, dessen Krankengeschichte uns heute beschäftigt hat.

St. Petersburg im April 1896.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. v. Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Für Aerzte und Studirende. Zweite Auflage. (Jena, G Fischer. 1896).

Vorliegendes Werk, das jetzt in zweiter Auflage erschienen ist, hat den Zweck, den Mediciner nicht nur mit dem Gang der Blutuntersuchung und den Eigenschaften des Blutes, sondern auch mit den Veränderungen des Blutes bei verschiedenen Erkrankungen bekannt zu machen und sind daher eigene Versuche und Krankengeschichten selbstständiger Beobachtung als Belege für die vom Autor vertretenen Anschauungen mit

---

[3]) Deutsche Chirurgie. Lfg. 52. 1890.

[4]) Arch. f. Klin. Chirurgie. XXII.

[5]) Rupture of urinary bladder etc. Monogr. London, 83.

[6]) Arch. gén. 94. p. 129 u. 270.

[7]) Boston Journal. 91.

angeführt. Inhalt und Anordnung des bearbeiteten Stoffes sind in der zweiten Auflage vielfach geändert worden. Abgesehen davon, dass den Literaturerscheinungen der letzten Jahre entsprechende Beachtung zugewendet wurde, hat der Autor diesmal eine früher nur nebenbei berücksichtigte Seite der Hämopathologie und -physiologie, die Chemie des Blutes in einem eigenen Abschnitte für klinische Zwecke genügend ausführlich behandelt. Ein Theil dieser Arbeit, das Capitel «Blutgerinnung», hat Dr. Freund, Vorstand des chemischen Laboratoriums der «Rudolfsstiftung» zum Verfasser. Betreffs der Vertheilung des Materials auf die einzelnen Abschnitte haben gleichfalls Aenderungen Platz gegriffen, indem, nach Besprechung der Methode der Blutuntersuchung und der Blutmenge in den beiden ersten Abschnitten, im dritten Abschnitte die chemischen und physikalischen Eigenschaften des Blutes und seiner einzelnen Bestandtheile, im vierten Abschnitte die Morphologie und im fünften und letzten die klinischen Blutuntersuchungen bei Blutveränderungen des kranken Menschen beschrieben sind. Das Werk kann also das Interesse eines jeden Mediciners und mit Recht beanspruchen. Die Ausstattung des beinahe 400 Seiten fassenden Buches und die Ausführung der beigegebenen 2 farbigen Tafeln ist des Verlags durchaus würdig. Weyert.

Prof. A. Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Für Aerzte und Studirende. Fünfte Auflage Berlin, Fr. Wreden. 1896.

In der vorliegenden fünften Auflage des fast in alle Kultursprachen übersetzten Lehrbuches ist gemäss der unter dem Einflusse eines umfassenden Beobachtungsmaterials stetig fortschreitenden eigenen Erfahrung und unter Berücksichtigung neu geschaffener praktischer und wissenschaftlicher Thatsachen in einzelnen Abschnitten viel geändert worden. Die Capitel, welche von der Ernährung und Diätetik, von Diphtherie, Malaria, Erkrankungen der Sinnesorgane handeln, sind fast neu bearbeitet worden. Dass die pathologische Anatomie dabei genügend berücksichtigt ist, kann dem Autor nur als besonderes Verdienst angerechnet werden. In der Therapie hat B. die gleichen Grundsätze wie in den früheren Auflagen bewahrt, sich von der vielfach modern gewordenen Polypragmasie fern zu halten; er hat nur an der Hand des eigen Erlebten und Erprobten neuen Heilmethoden und Mitteln Eingang zu verschaffen gesucht. Aber gerade um dieser bewährten Vorsicht willen konnte er um so sicherer für die alle Erwartungen übertreffende Heilserumtherapie der Diphtherie eintreten.

Einer besonderen Empfehlung bedarf das Buch wohl nicht und wir können nur wünschen, dass es im neuen Gewande sich neue Leserkreise zueigene. Weyert.

E. Bleuler: Der geborene Verbrecher. Eine kritische Studie. München, Verl. v. J. F. Lehmann, 1896. 89 pag. Preis 4 Mark.

Der Kampf der Meinungen über das Verhältniss von Verbrecherthum und Geisteskrankheit wogt heftig hin und her. Dem Verfasser scheint «die Ursache darin zu liegen, dass die Lombroso'schen Lehren von sehr Vielen missverstanden werden, und dass man gewöhnt ist, in solchen Dingen rein wissenschaftliche mit praktischen Fragen, Naturforschung mit scholastischer Begriffsdogmatik, wie sie in der Jurisprudenz üblich ist, in durchaus unrichtiger Weise zu verquicken». «Durch ein consequentes Auseinanderhalten dieser verschiedenen Dinge und durch Hervorheben der wichtigsten Missverständnisse» wollte Verfasser zur Klärung beitragen.

Aus den Ausführungen über die Anthropologie des Verbrechers geht hervor: 1) «dass es Menschen giebt, welche psychisch so organisirt sind, dass sie in einer geordneten Gesellschaft zu Verbrechern werden müssen und 2) dass die wesentliche Ursache, warum der eine zum Verbrecher wird, der andere nicht, in dem Individuum selbst liegt, da die äusseren Umstände jeweilen für eine grosse Anzahl Ehrlicher die nämlichen sind, wie für irgend einen Verbrecher.»

Im Kapitel «Kriminalität und Krankheit» wird festgestellt: «1. Die Verbrecher sind Leute, welche durch Defekte in der Bildung altruistischer Begriffe oder in der Gefühlsbetonung derselben, durch Mangel an genügenden Hemmungen, durch übergrosse Stärke von Affekten oder Trieben und ähnliche Abnormitäten verhindert sind, sich innerhalb der von unserer sozialen Ordnung geforderten Schranken zu halten. 2. Diese Abnormität ist die Aeusserung einer abnormen Hirnorganisation, welche ihrerseits bedingt wird durch von vornherein defekte Keimanlage (mit unbestimmter Ursache) und äussere Einflüsse. Die letzteren müssen, um den eigentlichen Verbrecher zu erzeugen, wirklich die Hirnkonstitution selbst treffen, nicht nur nach Art einer schlechten Erziehung auf die Begriffsbildung einwirken. Wer infolge schlechter Erziehung stiehlt, in der Meinung, es sei richtig, dass er sich auf diese Weise ernähre, ist psychologisch kein Verbrecher. 3. Der Defekt des Verbrechers trägt alle Charaktere des Krankhaften. 4. Einen freien Willen giebt es überhaupt nicht.»

Die theoretischen und praktischen Consequenzen aus obigen Sätzen verlangen Folgendes als zu erstrebendes Ziel: «Versetzung der Grundlagen des Strafrechtes auf den Boden praktischer Bedürfnisse, Verlassen unfruchtbarer rechtsphilosophischer Theorien, möglichster Schutz der Gesellschaft, möglichst humane Behandlung der Verbrecher mit sicherer Unschädlichmachung der Unverbesserlichen und Heilung der Heilbaren.»

Im letzten Abschnitte zeichnet der Verfasser in kurzen Umrissen, worauf sich vorläufig die unmittelbaren Aufgaben der Psychiater in praxi zu erstrecken haben. Michelson.

Prof. O. Rosenbach: Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen. Versuch einer Mechanik des psychosomatischen Betriebes Wien, 1896. Verl. von Alfred Hölder. 226 pag. Preis Mk. 5,60.

An die ausführliche allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seekrankheit schliesst sich als Hauptaufgabe des Buches die Darlegung der Theorie dieser Krankheit. Alle bisher aufgestellten somatischen und psychischen Theorien erweisen sich in der kritischen Betrachtung des Verf. als unzureichend. Unter dem Namen «Kinetosen» fasst R. alle abnormen, ungewohnten Bewegungsformen resp. empfindungen zusammen und zählt zu denselben ausser dem rein psychischen Vorgange, der sich oft nur in der Sphäre der Vorstellungen bewegt, die Schaukel-, die Kreis-, die Rückwärtsbewegung, die Bewegung in senkrechter Richtung zur Horizontalebene, die schnelle Hemmung der Bewegung oder der schnelle Uebergang vom Ruhezustande zur Bewegung. Nach Rosenbach's Theorie entstehen alle Kinetosen vor Allem durch intra- und interenergetische (moleculare) Störungen, welche eintreten, «wenn besonders starke und ungewohnte Impulse, in specie die Schiffsbewegung, das durch eine besondere Form der Oberflächenspannung bewirkte künstliche (innere) Gleichgewicht des gesammten Organismus oder seiner einzelnen Theile (functionellen Einheiten) so wesentlich in Frage stellen, dass die vorhandenen reactiven Kräfte (die latente Reserveenergie) nicht im Stande sind, die normalen Beziehungen der Theile wiederherzustellen», und welche «umso beträchtlicher ausfallen müssen, je grösser die beschleunigende Kraft im Verhältniss zur Masse des menschlichen Körpers ist, je brüsker der Uebergang eintritt, je leichter die Verschiebungen innerer Organe erfolgen können, und je weniger gewöhnt das betreffende Individuum an plötzliche Aenderungen der Gleichgewichtslage ist».

Im Schlusscapitel «Die Bedeutung der Seekrankheit für einige wichtige Promleme der Biodynamik» weist Verf. nach, wie seine Theorie für eine einfachere und zweckdienlichere Auffassung der physiologischen wie pathologischen Lebenserscheinungen und insbesondere der medicinischen Aufgaben sich fruchtbar bezeigt. Michelson.

Dr. V. Jez (Wien). Ueber die Wirkung des Apolysins eines neuen Antipyreticums und Analgeticums. Wien. Klinisch Wochensch. Nr. 22. 1896.

Prof. L. Fischer (New-York). Die Behandlung der Hyperpyrexie im Kindesalter. (Therap. Wochensch. Nr. 21. 1896.)

Fast täglich neue Arzneimittel in die Welt zu setzen, wetteifern heutzutage die einzelnen chemischen Fabriken miteinander; die fachmännischen Zeitschriften sind zuweilen überfüllt mit der Reclame solcher. Oft handelt es sich nur um geringfügige Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung früher schon bekannter Mittel; aber ein neuer Name wird gegeben, oft blos eine Endung «in» oder «ol» hinzugesetzt und ein «neues Mittel» ist gefunden, allen früheren Mitteln gefährliche Concurrenz zu bieten. Dieses verkünden dann beinahe ihm in die Wiege mitgegebene Berichte, gleich wird es gerühmt, womöglich als Specificum für die eine Krankheit, als unfehlbar wirksam in einer andern. Dieses alles kann nur die Skepsis vermehren, mit der man unwillkürlich gezwungen wird neuen Mitteln zu begegnen, zumal man, wie im gegebenen Falle, zwei beinahe zu gleicher Zeit erscheinende Berichte in zwei Zeitschriften über das neue Antipyreticum Apolysin zu lesen bekommt, die diametral entgegengesetzter Ansicht über die Wirksamkeit dieser Substanz sind.

Beide Verfasser Fischer und Jez haben unabhängig von einander das Apolysin, eine Verbindung von Paraphenetidin und Citronensäure, unter Austritt von 1 Mol. H_2O, auf die antipyretische Wirksamkeit hin untersucht. Das Mittel war in beiden Fällen den Untersuchern geliefert von der chemischen Fabrik der Firma Dr. F. v. Heyden's Nachfolger in Radebul; also dasselbe war in beiden Fällen identisch und echt.

In dem einen Punkte stimmen beide Autoren überein, dass man im Apolysin eine Substanz besitzt, die sowohl Kindern als auch Erwachsenen in grossen Dosen verabfolgt, weder schädlich ist, noch auch irgendwelche Nebenwirkungen auf-

kommen lässt. Im Uebrigen sind die Ergebnisse beider Verfasser grundverschieden von einander.

I. Jez hat in 50 Fällen, — 8 davon sind seiner Abhandlung beigefügt, — das Apolysin in Dosen von 3,0—7,0 pro die angewandt behufs der angepriesenen antipyretischen und analgetischen Wirkung, aber stets ohne Erfolg. So dass er zu dem Schlusse kommt und zu sagen sich berechtigt fühlt, «dass das Apolysin als ein indifferentes pharmaceutisches Produkt anzusehen ist, das keine schmerzstillenden und sehr geringe antithermische und harntreibende Eigenschaften besitzt.»

II. Anders äussert sich Fischer. Er ist zum Schlusse seiner Betrachtungen des Lobes über das neue Antipyreticum, das von ihm in 38 Fällen bei Erwachsenen und namentlich bei Kindern stets mit Erfolg angewandt wurde. 8 Krankengeschichten citirt er in seiner Abhandlung. Zu bemerken ist es, dass er dieses Mittel in viel höherer Dosirung, als Jez angewandt hat; einem Erwachsenen wurde es 12 mal am Tage zu 2 gr, also 24,0 pro die verabfolgt! Und dann in der Mehrzahl der Fälle waren es Kinder, deren Organismus bekanntlich viel schneller auf Reize jeder Art reagirt. In allen Fällen «sagt Fischer, übte das Mittel schon relativ in kurzer Zeit eine fieberherabsetzende Wirkung aus, ohne Nebenwirkungen irgend welcher Art zu entfalten. Er verordnete es in innerlichen Pulvern, Suppositorien und per Klysma. Die interne Dosirung war für ein einjähriges Kind 0,3, älteren entsprechend jedem Lebensjahr ein 0,06 g mehr. Die Dosis wird mit etwas Zucker zweistündlich, bis stündlich verabfolgt, bis das Fieber so weit zurückgegangen ist, dass der Ausbruch von Convulsionen nicht mehr zu befürchten ist. Fischer hält somit das Apolysin für ein gutes symptomatisches Antipyreticum, aber auch für ein sehr brauchbares Mittel bei der Grippe. Die Schlussworte Fischer's sind: «daneben gebührt jedoch dem kalten Wasser als Hilfsmittel der Antipyrese ein wichtiger Platz und wenn ich auch bei der Behandlung des Fiebers mit Apolysin die glänzendsten Resultate erzielt habe, so giebt es doch auch Fälle, wo das kalte Bad neben dem Apolysin gebraucht, dieses Medicament in seiner trefflichen Wirkung wesentlich unterstützt.»

Dieses sind die einander entgegenstehenden Berichte über dieses Mittel. Da kann man nur selbst mal bei Gelegenheit versuchen, ob das Apolysin sich in einem gegebenen Falle als wirksam erweist. Ueber die Unschädlichkeit des Apolysins scheinen ja alle bisherigen Versuche übereinzustimmen.

Hecker.

R. Schmalz: Die Pathologie des Blutes und der Blutkrankheiten.» Medicinische Bibliothek für practische Aerzte. Nr. 81—84. (Verlag von Naumann. Leipzig).

In den letzten Jahren ist das Gebiet der biologischen Wissenschaften, welches die Physiologie und Pathologie des Blutes umfasst, ganz bedeutend angewachsen, dank den vielen nach dieser Richtung hin geleisteten Forschungen und Arbeiten. Diesem Umstande gemäss machte sich schon seit einiger Zeit das Bedürfniss nach einer zusammenfassenden Arbeit über die Lehre vom Blut geltend. Dem nachzukommen hat es Schmaltz versucht in seinem vor kurzem erschienenen Büchlein die wichtigeren, bis jetzt bekannten pathologischen und klinischen Thatsachen der Haematologie zusammenzufassen und die Richtungen anzudeuten, in denen sich die Forschung auf diesem Gebiete augenblicklich bewegt.

Im I. Allgemeinen Theil enthält diese Arbeit a) die wichtigsten klinischen Blutuntersuchungsmethoden, b) die allgemeine Pathologie des Blutes und c) allgemeine Therapie der Blutkrankheiten. Im II. speciellen Theile sind die Blutkrankheiten abgehandelt: a) die Anaemien, b) Leukaemie und Pseudoleukaemie c) die paroxysmale Haemoglobinurie und d) die haemorrhagischen Diathesen. Im Anhang lesen wir über die Blutgifte und über die Blutparasiten.

Die Bearbeitung des Stoffes ist eine streng wissenschaftliche, überall die Literatur angeführt. Die Ausstattung ist die übliche der «Medicinischen Bibliothek für praktische Aerzte.»

Hecker.

Рроф. К. Дерio. Проказа въ прошломъ и настоящемъ и борьба съ нею. Изданіе К. Л. Риккера. С.-Петерб. 1896. Ц. 50 коп.

Heutzutage ist es in weiten Kreisen nicht nur der gebildeten Leute sondern auch zum Theil des einfachen Volkes bekannt, was das Wort «Lepra» bedeutet, wenn es gesagt wird, dass dieser oder jener daran erkrankt ist. In Gegenden wo sie endemisch ist, ist sie ein Schreckensgespenst denn durch sie wird das Opfer, welches sie befallen, hinausgestossen aus der menschlichen Gesellschaft, die Lepra zerreisst unbarmherzig alle Banden, die den Menschen an die Mitmenschen knüpfen. Da diese Krankheit auch in Russland an grosser Dimension gewonnen hat, so erscheint soeben höchst willkommen der Aufsatz von Dehio in russischer Sprache. Eine Uebersetzung der Abhandlung über Lepra, welche vor einiger Zeit die «Balt. Monatsschr.» ihren Lesern vom selben Autor gebracht hat. Im ganzen populär und leicht verständlich abgefasst, möge diesem Büchlein die wohlverdiente Verbreitung zu Theil werden, zumal es dazu geschaffen ist, die Kenntnisse über diese Seuche unter dem Publikum zu vermehren. Im Anfange seiner Abhandlung entrollt Dehio vor uns ein culturhistorisches Bild der Lepra, beginnend mit den Zeiten des Alterthums, wo zuerst Berichte über eine Krankheit auftauchen, die grosse Aehnlichkeit mit unserer Lepra besitzt. Alsdann werden die geographischen Verhältnisse derselben in den Ostseeprovinzen besprochen. Dort ist sie nämlich von allen Gegenden am meisten und genauer beobachtet und studirt worden, am meisten ist aber auch dort für sie gethan worden. Verf. macht den Leser bekannt mit der Aetiologie der Krankheit, ihren Symptomen, ihrer Verbreitungsweise und der aus dieser resultirenden Prophylaxe. Was eine solche anbetrifft, kann nur dann von Erfolg die Rede sein, wenn genügend geschlossene Anstalten existiren werden, wo man die Kranken interniren kann. Dieses ist unbedingt erforderlich, um die gesunde Bevölkerung vor Ansteckung zu schützen, ein weiteres Umsichgreifen der Seuche zu verhindern. Aber es ist ja auch ein Werk der Menschenliebe, denn auf diese Weise haben die aus der Gesellschaft verstossenen armen Kranken ein Heim, eine Stätte, wohin sie gehören und wo sie gut aufgehoben sind. In den baltischen Provinzen bestehen bereits einige Leprosorien, lange aber nicht in genügender Zahl. Jedoch dank neulich zugesicherten Subsidien seitens des livländischen Landtages, ist neuerdings Aussicht vorhanden, dass in Zukunft alle Leprösen werden internirt werden können.

An der Einrichtung dieser Institute, welche für ein Land höchst segensreich sind, gebührt jedenfalls Prof. Dehio, der sich dieser Angelegenheit stets mit grossem Interesse angenommen hat, wohl nicht am wenigsten Verdienst.

Im Uebrigen möchten wir auf das Protokoll der Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte vom 23. Jan. 1896, das in Nr. 7. dieses Jahrgangs unserer Zeitschrift enthalten ist, verweisen. Wir hatten das Vergnügen in unserem Verein Prof. Dehio persönlich über diesen Gegenstand reden zu hören.

Hecker.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Zeller berichtet in № 22 des Medic Corr. Blattes des Würtemb. ärztlichen Landesvereins 1896 über einen Todesfall, der durch Einnehmen von chlorsaurem Kali anstatt des doppeltkohlensauren Natrons erfolgte. Die Patientin nahm aus Versehen Kali chloricum 2 Kaffeelöffel (etwa 8 Gramm) voll ein und unter den heftigsten Erscheinungen von Nierenkolik, Harndrang, Retentio urinae und Herzschwäche mit Cyanose erfolgte am dritten Tage der Exitus letalis. Zeller betont die Gefährlichkeit eines freien Handverkaufs dieser giftigen Substanz, welche unter dem Laienpublikum eins der beliebtesten Hausmittel ist.

Dr. Hajek (Wien) macht darauf aufmerksam, dass wir zur Localbehandlung tuberkulöser Kehlkopfgeschwüre im Jodol ein vorzügliches Deck- und desinficirendes Mittel haben, in welcher Eigenschaft es die Geschwüre vor Verunreinigung schützt und bereits verunreinigte Geschwüre reinigt. Eine specifische Heilwirkung besitzt das Jodol ebenso wenig wie die übrigen Antiseptica. Es vermag dank oben erwähnten Eigenschaften jedoch die auch sonst vorhandene Stabilität der tuberculösen Kehlkopfgeschwüre zu vermehren, so dass die unmittelbare Lebensgefahr zum Theil beseitigt wird. Angewandt wird das Jodol als Pulver in zweimal wöchentlich zu wiederholenden Insufflationen, wobei nach jeder Einblasung controlirt werden muss, ob die Bedeckung der Geschwüre auch eine vollkommene ist, widrigenfalls die Einblasungen so oft wiederholt werden müssen, bis die Geschwüre tadellos verdeckt sind. (Therap. Wochenschr. 1896. № 25).

Protokolle des deutschen ärztlichen Vereins.

1257 Sitzung am 8. April 1896.

1) Herr Kernig demonstrirt dem Verein eine mit einem Herzfehler behaftete Patientin, bei welcher als höchst wahrscheinlich die Diagnose auf Offenbleiben des Ductus Botalli gestellt werden kann.

M. B., 42-jähriges Bauernmädchen, Köchin, trat ein am 7. März 1896 (ausgeschrieben am 28 April 1896). Pat gab an, dass zum ersten Mal die Füsse geschwollen gewesen seien vor einem Jahr, dass seit October 1895 Dyspnoe und Herzklopfen vorhanden seien, dass seit einem Monat wiederum Oedeme eingetreten seien. Im October 1895 auch 2 wöchentlicher Bluthusten. Bis zu ihrem 19. Lebensjahre ist Pat. sehr mangel-

haft gewachsen und die Haut, zumal an den Extremitäten, zeigte immer ein bläulich rothes Aussehen. Acuter Rheumatismus, acute Exantheme sind nie dagewesen. Die Menses kommen nach je 3 Wochen für 3 Tage. Hat nie geboren. Pat. von mittlerer Körpergrösse fiel beim Eintritt durch ihre Cyanose auf, die sich auch im Wesentlichen während des Hospitalaufenthaltes nicht verändert hat und namentlich an den Extremitäten bis zur Mitte der Oberschenkel und Oberarme, und an den Lippen ausgesprochen ist. Die Endphalangen der Finger sind kaum als kolbig zu bezeichnen, immerhin etwas unförmlich. Beim Eintritt geringe Oedeme an den Beinen und geringer Ascites.

Unter sehr reichlicher in den ersten Hospitaltagen eintretender Diurese, bis 3200 ccm, schwinden diese leichten hydropischen Erscheinungen sehr bald. Pat. ist fieberlos (und bleibt es während des ganzen Hospital-Aufenthaltes) der Puls beim Eintritt 80—84 fällt unter Digitalisgebrauch nach einer Woche auf 72, später 68 bis 64 (und bleibt auf dieser niedrigen Zahl bis zum Austritt). Er ist von mittlerer Höhe. Beim Eintritt überragt die Leber um 2 Fingerbreit in der Mamillarlinie den Rippenrand und in der Mittellinie um 4 Fingerbreit. Sie pulsirt deutlich, ebenso wie die Halsvenen, an denen dieses Pulsiren aber nur schwach ausgesprochen, wenn auch zweifellos ist. (Die schwache Venen- und Leberpulsation sind am Tage der Vorstellung im Verein am 8. April auch vorhanden, am Tage des Austritts 28. April war die Venenpulsation noch vorhanden, die Leberpulsation nicht mehr zu entdecken). Die Leber verkleinert sich in der Folge bis auf 1 und 3 Fingerbreit. Die Milz immer mässig vergrössert. In der Herzgegend fällt vor allem die Voussure auf, die sich von der 2. bis 4. linken Rippe erstreckt, die Herzspitze mit sehr schwachem Spitzenstoss findet sich im 5. Intercostalraum und unter der 6. Rippe um höchstens ein Fingerbreit die linke Mamillarlinie überragend, nach rechts reicht die Herzdämpfung um 1½ Fingerbreit über den rechten Sternalrand. Im 2. linken Intercostalraum ist Herzdämpfung vorhanden, die bis 3 Fingerbreit nach aussen vom linken Sternalrand reicht, noch weiter, bis 4 Fingerbreit reicht sie in den 3. Intercostalraum. Hier im 3. linken Intercostalraum und zwar am deutlichsten 2 Fingerbreit nach aussen von dem linken Sternalrand fühlt man ein exquisites diastolisches Frémissement, ebenso hört man hier ein langes sehr lautes diastolisches Geräusch, das aber schon während der Systole einsetzt, also als systolisch-diastolisch zu bezeichnen ist. Die Intensität des Geräusches nimmt nach allen Richtungen sehr rasch ab, wenngleich man es noch neben den Tönen an der Spitze, über der Aorta und über der Pulmonalis schwach hört. Im Beginn des Frémissement bekommt man im 3. linken Intercostalraum nahe dem Sternalrand einen deutlichen circumscripten Stoss, der nicht mit dem fühlbaren Spitzenstoss zusammenfällt, diastolisch ist und dem Schluss der Pulmonalklappen entspricht. An allen Ostien hört man 2 nicht laute Töne, am leisesten sind die Aortatöne, neben ihnen schwach das fortgeleitete soeben geschilderte systolisch-diastolische Geräusch. An der Cruralis ein systolischer Ton. Auf dem Manubrium Sterni leichte Dämpfung, und hinter dem Jugulum Sterni fühlt man die Aorta pulsiren. Der Puls in beiden Crurales ist vielleicht etwas klein gegen den Puls der Radiales (Eichhorst) Das obige systolisch-diastolische Geräusch hört man nicht am Rücken beim 4. Processus spinosus dorsalis. (Das subjective Befinden hatte sich bald nach dem Eintritt sehr gebessert und blieb so gut bis zum Austritt). Am Tage des Austrittes war die Leberpulsation nicht mehr zu constatiren, während ein schwaches Pulsiren der Halsvenen fortdauerte. Der 2. Pulmonalton war beim Austritt accentuirt, an der Aorta die Töne sehr leise. Auf diesen Befund hin ist Herr Kernig geneigt bei der Kranken an ein Offengebliebensein des Duct. Botalli zu denken.

Dafür spricht auch die Symptomatologie der wenigen in der Literatur vertretenen Fälle dieser Missbildung. Allerdings fehlen hierzu auch einzelne Symptome, so der Umstand, dass das Geräusch nicht am Rücken gehört wurde, ferner das Nichtvorhandensein eines auffallenden Missverhältnisses in der Füllung der Art. cruralis im Vergleich zur Art. rad., ein Symptom, welches Eichhorst (Handbuch der spec. Therapie und Pathologie 4. Auflage 1. Th.) aus rein theoretischen Gründen postulirt, weil durch Abfluss eines Theils des Blutes aus der Aorta in die Pulmonalis nach Abgang der Carotiden und Subclaviae, die unterhalb gelegenen Arterien relativ schwach gefüllt werden müssen. Was das Geräusch anbetrifft, so wird dasselbe von Gerhardt (Jenaische Zeitschr. für Med. und Naturwissenschaften Bd. III. 1867) als ein systolisches geschildert, kann sich jedoch, wie Rauchfuss (Handbuch für Kinderkrankh. Bd. IV, I. Abth. 1878) angiebt, in die Diastole fortsetzen, war sogar in dem Falle von Hochhaus (Arch. für klin. Med. 51) wegen einer abnormen Lage [illegible] an der Abgangsstelle des Duct. Botalli rein diastolisch.

Der fühlbare Klappenschluss schliesst jedenfalls eine Insufficienz des Pulmonalostium aus. Die Lebervenen- und Halsvenenpulsation kann augenscheinlich auf eine relative Tricuspidalinsufficienz zurückgeführt werden. Schliesslich zeichnet sich der vorstehende Fall noch dadurch aus, dass hier die Pulsation und das Frémissement im 3., nicht wie sonst gewöhnlich im I. C. R., gefühlt werden konnte.

Discussion.

Herr Moritz weist darauf hin, dass für die bestehende Halsvenen- und Lebervenenpulsation noch die Erklärung offen stehe, dass im vorliegenden Falle neben dem Offenbleiben des Duct. Botalli, einer Diagnose, welche auch er für sehr wahrscheinlich hält, gleichzeitig auch an eine abnorme Communication durch ein gleichfalls offen gebliebenes Foramen ovale gedacht werden kann. Eine solche wäre aber, da es sich ja um eine angeborene Missbildung handelt garnicht so unwahrscheinlich. Diese Hypothese würde auch das relative Wohlbefinden der Patientin besser erklären als die Annahme einer relativen Tricuspidalinsufficienz.

Herr Kernig hält gleichfalls die Voraussetzung eines gleichzeitigen Offenstehens des For. ovale nicht für unmöglich, betont nochmals den Umstand, dass die Pulsation im 3. linken I. C. R. gefunden wurde, worin möglicherweise noch ein differentialdiagnostisches Kennzeichen gegenüber einer Pulmonalinsufficienz vorhanden wäre.

2. Herr de la Croix referirt einen Fall von Abscess der Milz und Lunge nach Abdominaltyphus.

Krankengeschichte. Pat. 18 a. n. am 6. September 1895 angeblich am 5. Tage seiner Erkrankung im Alexanderbarackenhospital aufgenommen. Bei seinem Eintritt wurde constatirt: Vergrösserung der Leber und Milz, belegte Zunge. 3–4 flüssige Stühle per Tag. Dazu gesellte sich noch am 3. Tage Roseola hinzu. Temperatur im Verlauf der nächsten 3 Wochen hoch, bis 40°, mit unregelmässigen Intermissionen, sank in der 4. Woche bis auf subfebrile Werthe von 37.1° bis 38.3° herab. Weiter kann dem Krankenbogen entnommen werden, dass Pat. des öfteren über Schmerzen im Hypochondrium geklagt hat, welche augenscheinlich mit jedem Temperaturanstiege exacerbirten, dabei in die Schulter und *die* Gegend des linken Schulterblattes ausstrahlten und eine *Links*lage des Pat. unmöglich machten. Am 21. September wird über den unteren und seitlichen Abschnitten der linken Thoraxhälfte eine Dämpfung constatirt, in deren Bereich der Pectoralfremitus und das Athemgeräusch abgeschwächt gefunden wurden. Am 8. Oktober erfolgte nach Besserung der Schmerzen und Absinken der hohen Temperatur unter der Diagnose: Ileotyphus die Ueberführung in das Peter-Paul Hospital (Abth. Gesselewitsch). Schon am nächsten Tage klagte der Pat. über Schmerzen im linken Hypochondrium beim Athemholen und beim Husten. Ueber dem Thorax l. h. und seitl. eine Dämpfung bei starker Druckempfindlichkeit dieser Region Milz von der Dämpfung nicht abgrenzbar. Abwesenheit des Athemgeräusches und des Pectoralfremitus über der Dämpfung. Milz bei Unvermögen des Pat. tief zu athmen nicht palpabel. Herz etwas nach rechts verschoben. Eine am 20. Oktober vorgenommene Probepunction im Bereich der Dämpfungszone ergab dicken Eiter. Auf die hierauf gestellte Diagnose: Empyema pleurae erfolgte die weitere Ueberführung des Pat. in die chirurgische Abtheilung des Hospitals (Abth. Dr. Arapow). Hier wurde zunächst im Allgemeinen derselbe Befund constatirt, nur noch dahin erweitert, dass über der Dämpfung nur eine Abschwächung des Athemgeräusches und des Pectoralfremitus, kein völliges Aufgehobensein derselben bestand und ferner, dass zwischen dem Dämpfungsbezirk und der Wirbelsäule noch eine Zone normalklingenden und normalathmenden Lungengewebes vorhanden war. Bei Lagewechsel des Pat. keine Aenderung in der Configuration des Dämpfungsbezirkes.

Normale Herzgrenzen. Im linken Hypochondrium eine mässige Resistenz, die Palpation dieser Gegend schmerzhaft. Parallel den falschen Rippen ein druckempfindlicher Körper, augenscheinlich die Milz, undeutlich fühlbar. Derselbe steigt beim Inspirium kaum wesentlich herab, erscheint mithin fixirt. Keine Differenz in der Excursionsfähigkeit beider Thoraxhälften.

Auf diesen nunmehr modificirten Befund hin wurde die ursprüngliche Diagnose: Empyema pleurae von Dr. Arapoff und dem Abtheilungschef Dr. Kadjan aufgegeben und die Vermuthung ausgesprochen, dass es sich hier wohl eher um eine subphrenische Eiterung im Anschluss an einen abscedirten Milzinfarct, in Folge eines Typhus abdominalis handeln dürfte. Am 23. October wurde die Operation ausgeführt, zunächst die 8. Rippe in der mittleren Axillarlinie resecirt und der Abscess entleert. Derselbe befand sich unterhalb des Zwerchfells augenscheinlich in der Milz. Im Eiter wurden Bröckel nachgewiesen, welche aus lymphoiden Zellen, Detritus und Haematoidinkrystallen bestanden, mithin den Charakter des Milzgewebes besassen.

Gleich nach der Operation Abfall der Temperatur. Am 4. Tage nach der Operation jedoch unter Schüttelfrost und Kopfweh erneuter Anstieg derselben, an der Haut in der Umgebung der Operationswunde erythematöse Röthe, welche sich in den nächsten Tagen über die ganze linke Brusthälfte, bis auf das Gesicht verbreitete. Fortdauer der Temperatur. Am 30. October wird notirt: Ueber der linken Lunge h. u. unterhalb des Scapularwinkels eine Dämpfung, mit exspiratorischem Beiklang des Athemgeräusches, was auf die Nähe der operirten Abscesshöhle bezogen wurde. Crepitation, Abschwächung des Vocalfremitus, Stiche der linken Brusthälfte. Trockener Husten. Auf diesen Befund hin wurde eine Complication mit croupöser Pneumonie angenommen, um so mehr, als das im übrigen mehr eitrige Sputum einmal eine leicht haemorrhagische Beimengung aufwies. Darauf allmäliger Rückgang der subjectiven und objectiven Lungenerscheinungen mit Zurückbleiben einer leichten Tympanie im Bereich der ursprünglichen Dämpfung, Absinken der Temperatur bei leicht amphibolem Charakter derselben. Die Abscesshöhle granulirte vorzüglich und Pat. war im Stande das Bett zu verlassen. Am 30. November erneuerter Fiebereintritt und Infiltration des oberen Lappens der linken Lunge. Im Sputum, nach Gram gefärbt, fand Ref. zahlreiche Streptokokken und den Eberth'schen Typhusbacillen ähnliche Stäbchen. Am 5. December nach einem starken Hustenanfall plötzlich hochgradige Lungenblutung, welche den Exitus rasch herbeiführt.

Sectionsbefund. Abscessus lienis et lobi inf. pulmonis sin. post typhum abdom. Incisio lienis post thoracotomiam cum resectione costae VIII sin. et laparotomiam. Fistula lienis. Splenitis adhaesiva. Pneumonia catarrh. ac. duplex Haemopyothorax sin. Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum.

Den Fall kurz resumirend ist Ref. der Ansicht, dass Pat. einen Abdominaltyphus überstanden hat; infolge desselben waren gleichzeitig ein embolischer Milz- und Lungeninfarct mit eitriger Umwandlung entstanden. Im Anschluss an die Eröffnung des Milzabscesses hatte sich ein Erysipel entwickelt, zunächst in der Umgebung der Operationswunde. Dasselbe hat sich jedoch weiter verbreitet, einerseits flächenförmig in der Haut und ferner, per continuitatem, in die Tiefe bis auf die Lunge.

Discussion.

Herr Moritz beurtheilt den Fall vom Gesichtspunkt einer Streptokokkeninfection, welche wiederum als eine Mischinfection eines überstandenen Abdominaltyphus anzunehmen ist und zu einer Vereiterung eines schon inficirten embolischen Infarctes der Milz und Lunge geführt hat. Das Erysipel sei bloss eine Theilerscheinung des allgemeinen septischen Processes. Den gleichen Standpunkt vertritt auch

Herr Tiling in der Beurtheilung des vorliegenden Krankheitsfalles. Er erinnert daran, dass die Bezeichnung «Erysipel» kein aetiologischer, sondern ein rein anatomischer Begriff ist für eine gewisse Form septischer Erkrankungen, hier einer Streptokokkeneinwirkung mit Propagation des Virus in den Lymph- und Bindegewebsspalten der Haut oder der Schleimhäute. In Folge dessen könne auch der Ausdruck Erysipel nur bei einer gewissen septischen Erkrankung eben genannter Organtheile gebraucht werden, finde aber keine Anwendung bei einer analogen Erkrankung irgend welcher Organe selbst.

Herr de la Croix hält demgegenüber an seiner ursprünglichen Auffassung fest und ist geneigt hier 2 besondere Infectionen anzunehmen. Die Infarcte der Lunge und Milz wären eine unmittelbare Folge des Typhus selbst — im Sputum fänden sich neben Streptokokken den Typhusbacillen Eberths ähnliche Stäbchen. — Eine 2. Infection sei das Erysipel in der Umgebung der Operationsstelle, welches sich einerseits flächenförmig in der Haut, andererseits per continuitatem mit Hinterlassung einer lebhaften Pleurainfection auf die Lunge verbreitet hat.

Director Dr. Kernig,
Secretair Dr. Westphalen.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Juli d. J. 7223 (52 wen. als in d. Vorw.), darunter 876 Typhus - - (11 mehr), 763 Syphilis — (54 mehr), 123 Scharlach — (12 wenig.), 80 Diphtherie — (7 mehr), 43 Masern — (1 wen.) und 27 Pockenkranke — (11 wenig.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. Juli bis 20. Juli 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
366	308	674	206	80	108	12	8	23	47	48	43	34	40	16	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 13, Diphtherie 18, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 182, Todtgeborene 25

An die Redaction eingesandte Bücher.

Wegele. Diätetische Behandlung der Magen-Darmerkrankungen. I. Theil. ibidem.
Richter. Normale menschliche Anatomie. Berlin, Hirschwald 1896.
Laudan. Vaginale Radicaloperation. ibidem.
Sarwey. Künstliche Frühgeburt. ibidem.
Schürmayer. Folgekrankheiten der Influenza. Leipzig Sallmann 1896.
Binz. Aether gegen Schmerz. Deutsche Verlags-Anstalt 1896.
Meyer. Rapport sur la vision binoculaire. Paris, Steinheil 1896.
Polaillon. Affections chirurgiclaes du tronc. Paris. Doin 1896.
Чудновскiй. Лекцiи по общей терапiи. Вып. III. Спб. Пожарова 1896.
Габриловичъ. Чахотка. Спб. Риккеръ. 1896.
Струве. Судебно химическiя изслѣдованiя. Тифлисъ 1896.
Дерio. Проказа. Спб. Риккеръ 1896.
Булатовъ. Книга здоровья. ibidem.
Jahn. Arznei-Therapie der Gegenwart. Stuttgart. Enke 1896.
Hagedorn. Ueber Beziehungen von Allgemein-Krankheiten zum Gehörorgane. Halle, Marhold 1896.
Hoche. Frühdiagnose der progressiven Paralyse. ibidem.
Baas. Semiotische Bedeutung der Pupillenstörungen. ibidem.
Flaischlen. Retroflexionstherapie. ibidem.
Büdinger. Tabische Gelenkserkrankungen. Leipzig, Braumüller 1896.
Kirchner. Ohrenheilkunde. Berlin, Wreden 1896.
Baginsky. Kinderkrankheiten. ibidem.
Bum. Massage und Heilgymnastik. Leipzig, Urban 1896.
Rosenheim. Krankeiten der Speiseröhre und des Magens. ibidem.
Jaksch. Klinische Diagnostik. ibidem.
Schauta. Operative Geburtslehre. ibidem.
Eichhorst. Pathologie und Therapie. ibidem.
Rosenbach. Die Seekrankheit. Wien, Hölder 1896..
Heymann. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Ibidem.
Neumann. Syphilis. Ibidem.
Bernhardt. Erkrankungen der peripherischen Nerven. Ibidem.
Liebermeister. Cholera asiatica und Cholera nostras. Ibidem.
Riegel. Erkrankungen des Magens. I. Theil. Ibidem.
Bödecker. Anatomie und Pathologie der Zähne. Braumüller. 1890.
Haug. Klinische Vorträge. I. Band. Heft 10. Jena, Fischer 1896.
Weyl. Handbuch der Hygiene. Lief. 23. 24. Ibidem.
Buschan. Bibliographischer Semesterbericht der Erscheinungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. Jahrg. I. 2. Hälfte.
Strümpell. Behandlung von Unfallkranken. München, Lehmann 1896.
Bleuler. Der geborene Verbrecher. (Studie). Ibid.
Doerfler. Asepsis in der Landpraxis. Ibid.
Neumayer. Diphteritis und Cellularthérapie. Ibid.

Lehmann's Medicinische Handatlanten. Band XI, Heft 2. Ibidem.
Fürst. Pathologie der Schutzpocken-Impfung. Berlin. Coblenz 1896.
Rosenheim. Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. I. Hälfte. Wien. Urban u. Schwarzenberg 1896.
Toldt. Anatomischer Atlas. Lief. III. Ibid.
Wolzendorff. Handbuch der kleinen Chirurgie. Ibid.
Strasser. Umschläge. Ibid.
Jaksch. Klinische Diagnostik. I. Hälfte. Ibid
Beiker. Einführung in die Psychiatrie. Leipzig. Thieme 1895.
Miller. Conservirende Zahnheilkunde. Ibid.
Medicinische Bibliothek für praktische Aerzte. № 70—84. Leipzig, Naumann.
Pierson. Lindenhof, Heilanstalt für Nervenkranke. Leipzig. Vogel 1896.
Uhthoff. Beiträge zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie der eitrigen Keratitis des Menschen. Leipzig. Engelmann 1896.
Winter. Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig, Hirzel 1896.
Eulenburg. Bach. Schulgesundheitslehre. 2 Lief. Berlin, Heine 1896.
Wothe. Therapeutischer Wegweiser. Leipzig, Barth 1896.
Gersuny. Arzt und Patient. Stuttgart, Enke 1896.
Arnold. Repetitorium der Chemie. Hamburg. Voss.
Mehler. Erste Hilfeleistung bei Unfällen. Frankfurt a. M. Bechold.

Дозв. ценз. Спб. 27 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat)

Dr. Johannes Krannhals. Riga

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 3. (15.) August **1896**

Complicirte Fractur des Ellenbogengelenkes mit Verletzung, Lähmung und Neuralgie des Nervus radialis. Heilung.

Von

Dr. W. Zoege-Manteuffel in Dorpat.

L. v. G. 11 Jahre alt erlitt Ostern 1894 durch einen Sturz vom Pferde eine complicirte Fractur des Ellenbogengelenkes, mit der er am 6. Tage im Nothverbande (während meiner Abwesenheit) in Behandlung meiner Assistenten Dr. von Gernet und Dr. von Brackel kam.

Es fand sich eine Y-fractur des unteren Humerusendes, Fractur des Radiusköpfchens und Infraction des Radius in seiner Mitte. Das vom Köpfchen abgebrochene Fragment des Radius hatte die Haut der fossa lubitalis lateral von der Bicepssehne durchstossen. Der kleine Patient liess die Hand schlaff in Pronation und Flexion herabhängen, ob aber eine Lähmung bestand, war bei der Schmerzhaftigkeit und Schwellung nicht zu eruiren. Der Befund wurde zum grössten Theil in Narcose erhoben, in der auch die Desinfection, Reposition und Feststellung in einem aseptischen und Schienenverband stattfand. Fieberlose Heilung. Nach 14 Tagen wurde der Schienenverband, da noch starke Neigung zur Rückkehr in patholog. Stellung bestand, durch einen Gypsverband ersetzt, der nach weiteren 14 Tagen entfernt wurde.

Als der Arm aus dem Verbande gelöst wurde war das Gelenk, und der halbe Vorderarm stark geschwollen. Active und passive Bewegungen im Sinne der Beugung im Ellenbogengelenk, sowie im Sinne der Rotation der Vorderarmknochen gleich 0. Ferner fand sich Lähmung des N. radialis: motorisch complett, sensibel incomplett.

Der Patient wurde Herrn Weltz, Masseuren und Heilgymnasten, überwiesen und berichtet derselbe über den weiteren Verlauf der Behandlung folgendes:

«Patient kommt den 17. Mai 4 Wochen nach erfolgter Fractur in Massagebehandlung. Status wie oben beschrieben: Ellenbogengelenk im rechten Winkel fixirt, kaum 10° Beweglichkeit. Kräftiger Callus, in den im Bereiche des Gelenkes der Nervus radialis und theilweise auch der ulnaris verbacken sind. N. radialis: Function = 0, die des N. ulnaris sehr klein und schwach. Die Hand hängt in Flexionsstellung herab und kann passiv in Streckstellung gebracht, vom Patienten in dieser Lage nicht fixirt werden, sondern fällt schlaff wieder in die alte Lage zurück. Sehr geringe Flexionsbewegungen der Finger. Auch in der Mitte des Radius mässige Callusbildung und an dieser Stelle die Hauthyperästhesie dermassen stark, dass kein Massagestrich durchführbar ist. Dagegen ist über dem Phalangometacarpalgelenk des Zeigefingers ein 20 Kopekenstück grosses Hautstück total anästhetisch.

In der ersten Zeit ist die Massage (Muskelknetung und Streichen) nur am Oberarm und Hand möglich, dafür werden recht energisch passive Bewegungen aller Gelenke vorgenommen, wodurch auch schon zum 28. Mai ein Bewegungswinkel von 33° im Ellenbogengelenk erreicht wird. Dieselbe Behandlung wird am 10. Juni, unterstützt von Schlammcompressen in Hapsal wieder aufgenommen. Den 17. Juni Bewegungswinkel bereits 55°, Radialisfunctionen unverändert = 0. Unterarm-, Hand- und Fingerflexion wird allmählich recht kräftig. Jetzt wird, ungeachtet der bedeutenden Schmerzhaftigkeit kräftige Nervenmassage ausgeführt (Frictionen und Vibrationen), doch bleibt der Zustand unverändert bis zum 15. Juli. Hier kann Patient zum ersten Mal die in Streckstellung gebrachte Hand in dieser Stellung fixiren, obwohl selbst nicht strecken. Von jetzt ab restituiren sich die Radialisfunctionen zusehends, zugleich wird die kleine anästhetische Hautpartie über dem Zeigefinger so hyperästhetisch, dass Pat. sie kaum berühren lässt. Ausser der Massage täglich eine Stunde Freiübungen und häufig Rudern. Die Functionen kehren allmählich alle wieder: erst Unterarm- dann Hand- und schliesslich Fingerstrecken. Am schwierigsten ist das Abduciren des Daumens, welche Bewegung erst nach fortgesetzter Behandlung in Dorpat, im October gut wird. Schluss der Behandlung in Hapsal den 16. August, Bewegungswinkel im Ellenbogengelenk = 75°. Patient wird noch in Dorpat vom 8. September bis 18. Nov. behandelt und dann entlassen. Status: Alle Bewegungen fast normal, ein wenig schwächer als im gesunden rechten Arm. Bewegungswinkel 87°.»

Als ich im Herbst den Patienten zu sehen bekam, war von der Radialislähmung nur Schwäche und leichte Parästhesien in seinen peripheren Ausbreitungen geblieben. Hinter der Narbe der Ellenbeuge, sass auf der vorderen Fläche des lateralen Condylus 1½ Fingerbreit über dem Gelenkspalt ein halbkirschgrosser Osteophyt, über den hinwegziehend der Nervus radialis zu fühlen war. Im December stellte Herr Weltz mir den Knaben wieder vor und war jetzt, ausser einer Druckempfindlichkeit über dem Radialis an der eben beschriebenen Stelle, und einem Unvermögen den Arm voll zu beugen, von der Verletzung kein functioneller Defect nachgeblieben. Man gewann den Eindruck, dass die volle Beugung durch eben jenen Osteophyten behindert wurde. Die rohe Kraft im linken Arm war ferner etwas geringer als rechts, doch konnte der Knabe die allgemeine Turnstunde mitmachen etc. Das einzige worüber er klagte war die auf Druck empfindliche Stelle der Ellenbeuge (über dem Radialis), an der er heftige aber vorübergehende Schmerzen verspürte sobald er einen Stoss dagegen erhielt, was bei der Lebhaftigkeit des Knaben recht häufig vorkam.

Im December 94 stellten sich jedoch auch spontan Schmerzen an dieser Stelle ein, die bald anfallsweise auftraten, allmählich immer häufiger wiederkehrten und stärker wurden, bis sie im Januar zu den heftigsten Paroxysmen sich steigerten.

Der Schmerz trat durchaus spontan und mit plötzlichem schiessendem «Ruck» auf und war so heftig, dass der kleine sonst tapfere Patient wimmerte und sich krümmte, dabei den linken Arm mit der rechten Hand hochhaltend oder häufiger nach vorne streckend. Die Anfälle dauerten je 1 bis 2 ja 5 Minuten und mehr, und klangen langsam ab. Sie wiederholten sich in durchaus regelloser Weise, oft rasch hintereinander, oft erst nach vielen Stunden. Im Ganzen wurden sie jedoch immer häufiger.

Sie strahlten bald deutlich am Vorderarm ins Ausbreitungsgebiet des radialis aus.

Ich versuchte den Anfall durch Druck auf den Stamm des Nervs oberhalb zu coupiren, was mir zweimal gelang, später misslang das Manöver.

Die naheliegende Vermuthung, dass es sich um Verwachsung und hierdurch bedingte Zerrung des über jenen Knochenvorsprung hinziehenden N. radialis handele stand scheinbar im Widerspruch zu der unzählige Mal controllirten Beobachtung, dass Bewegungen in allen nur möglichen Richtungen den Anfall nicht hervorzurufen im Stande waren, ebensowenig wie Druck auf den Nerv oder welgerndes Hinundhergleitenlassen desselben. Es entstand bei letzteren Manipulationen wohl der alte Druckschmerz, nie jedoch ein Anfall. Da es sich somit augenscheinlich um eine richtige Neuralgie handelte, überwies ich den Patienten wiederum Herrn Weltz auf 4 Wochen. Anfangs schien die Massage sehr gut zu thun, die Anfälle wurden seltener.

«Bemerkenswerth war hierbei, dass die Nervenmassage (kräftige Frictionen und Vibrationen direct auf dem Nerv) die Anfälle immer fast momentan beseitigten, anfangs auf 3 und 2 Tage, nachher nur auf Stunden oder gar ½ Stunde. Der Knabe kam häufig laut jammernd vor Schmerz aus der Schule zur Massage gelaufen um nach 5 Minuten langer Behandlung ganz fröhlich wieder abzuziehen.» (G. Weltz.)

Schliesslich jedoch kehrten die Anfälle in alter Häufigkeit wieder. Der galvanische Strom wirkte ebenso wenig wie der faradische. Allerhand Bäder änderten nichts in dem Zustand, so dass ich schliesslich zur Operation schritt:

Ein Schnitt von 8 ctm. Länge legte das Interstitium zwischen Biceps und Supinator sowie den Nervus radialis und den Osteophyt frei. Der Nerv erschien durch ziemlich lockeres Bindegewebe etwa 2 ctm. über seiner Theilungsstelle, in einer Länge von wiederum 2 ctm. gegen den Knochenvorsprung befestigt. Der Nervenstamm war ein wenig plattgedrückt. Bei näherer Betrachtung fand er sich gabelig in 2 Aeste getheilt, die 1 ctm. weit getrennt blieben, um dann wieder zusammenzufliessen zu einem Stamm. Ich löste ihn jetzt behutsam doch ohne Mühe von seiner Unterlage, dem Periost ab, incidirte das Periost, schob es beiseite und meisselte den Knochenvorsprung ab. Damit der Nerv nicht wieder verwachse, vernähte ich über der Knochenwunde das abgehebelte Periost, darüber die anliegenden Muskel (Brachialis internus und einen Theil des Supinator longus.) Auf dieses Muskelpolster kam dann der Nerv zu liegen, den ich von oben durch Vernähen von Biceps und Supinator longus decken konnte, so dass er nicht direct unter die Haut zu liegen kam. Zu den tiefen Nähten wurde Catgut, zur Hautnaht, die in ganzer Ausdehnung schloss, Silkwormgut verwandt. Heilung glatt in 7 Tagen. Von der Operation ab hat Patient bis jetzt d. h. 2 Jahre keinen Anfall mehr gehabt, trotzdem er in der Schule gelegentlich gehörige Püffe gegen die Narbe erhielt, die dann wohl vorübergehend schmerzte. Massage etwa 1 Monat lang. Function fast normal.

Lähmungen des Nervus radialis nach fractura humeri kommen meist an jener Stelle zu Stande, wo der Nerv den Humerus hinten umkreist und ihm nahe anliegt. Hier kann der Nerv entweder von einem spitzen und scharfen Knochenfragment an- oder durchgeschnitten werden. Häufiger wird er blos gequetscht. In allen diesen Fällen wird sofort nach der Verletzung eine Lähmung des radialis zu constatiren sein.

In einer 2. Reihe von Fällen tritt die Lähmung erst später, während der Verheilung der Fractur auf. Hier handelt es sich um eine Einbackung des Nervs in den Callus, in späteren Stadien in die Periostnarbe, wie wir das wohl auch nach und bei Osteomyelitis humeri sehen.

Ueber die ersteren Formen verdanken wir eine orientirende Arbeit Goldstein[1]). Er unterscheidet demgemäss primäre Lähmungen von secundären. Handelt es sich um volle Durchtrennung des Nervs, so wird die Nervennaht nöthig. Doch können wir nach Bidder[2]) die Frage, ob Quetschung oder Durchtrennung vorliegt, erst nach mindestens ½ bis 1 Jahr entscheiden. Denn häufig hat sich ein blos gequetschter Nerv nach dieser Zeit regenerirt.

Auch der durch den Callus einer Fractur incarcerirte Nerv kann nach Resorption des Callus wieder frei werden. Ich habe einen einschlägigen Fall nach Fractur einer Todtenlade des Humerus nach Osteomyelitis gesehen. Tritt nach Resorption des Callus jedoch die Function nicht wieder auf, so können wir annehmen, dass der Nerv in einer, seine Function dauernd schädigenden Weise in den Callus eingebacken ist und müssen ihn aus dieser Situation befreien. Schliesslich kommt es dann noch vor, dass die Nervenverziehung und Zerrung eine richtige Neuralgie hervorrufen, wie in dem oben berichteten Falle. Hier sind nun alle Versuche anderer Art fruchtlos und wir thun wohl am besten, gleich zum Messer zu greifen. Im Ganzen aber werden wir nach den Lähmungen des Radialis nach fractura humeri stets eine beträchtliche Zeit warten müssen, bis zu einem Jahr, bevor wir — bei Durchtrennung und narbiger Incarceration — zur Nervennaht und zur Auslösung des Nervs schreiten, da eben spontan sich doch viel bessern kann.

Wesentlich anders als Bidder stellt sich Neugebauer zu der Frage: Er kennt augenscheinlich die Biddersche Arbeit nicht, da sie in seinem sonst, wie mir scheint, recht vollständigen Literaturverzeichniss fehlt. Neugebauer sammelt aus der Literatur 35 Fälle, denen er 3 aus der Wölflerschen Klinik[3]) *hinzufügt*. In 10 dieser Fälle bestand Radialislähmung in Folge von Humerusfractur. Diesen würde sich unser Fall als 11. anreihen, bei dem es sich allerdings um Läsion des Nervs selbst handelt, die vermuthlich in einer partiellen Durchtrennung und Quetschung bestanden hatte. Neugebauer urgirt nicht den principiellen Standpunkt, dass erst nach 1—1½-jährigem Zuwarten operirt werden soll, obgleich einer seiner Fälle erst nach 9 Jahren zur Operation kam. — In einem anderen Falle N.'s wurde schon nach 2½ Monaten operativ eingegriffen.

Wie haben wir uns nun zu der Frage des Termins der Operation zu stellen? Wie lange müssen wir, — wie lange dürfen wir warten?

Erstens besitzen wir genügende Beweise in der Literatur, dass durchtrennte Nerven noch nach Jahren mit vollem Erfolg genäht werden können. und zweitens sind die Erfahrungen Bidders sprechend genug.

Es ist eine spontane Regeneration total gelähmter Nerven noch nach 1—1½ Jahren möglich. Da wir nun bei den einfachen Fracturen mit Radialislähmung die anatomische Diagnose, Nervenläsion, gerade im Falle vollständiger Lähmung nicht stellen können, — gilt hier, meiner Ansicht nach, im Hinblick auf die Erfahrungen Bidders, der Satz «ohne Diagnose keine Operation». Auch unser Fall spricht hierfür.

Es ist hier vielleicht der Ort darauf aufmerksam zu machen, dass die Wiederkehr der Function auch spontan sehr oft plötzlich erfolgt, keine Vorboten etwa lange vorher auf die Heilung hindeuten, obgleich ja auch das vorkommt.

Ist jedoch nach einem Jahr, nach 1½ Jahren die Function nicht wiedergekehrt, so ist die Operation am Platze. Sie wird jetzt, nachdem ein ganzes Jahr mas-

[1]) Deutsch. Zeitsch. für Chir. Bd. 40. p. 566.
[2]) Langb. Archiv. Bd. XXX.
[3]) Bruns Klinische Beiträge Bd. 15. Heft 2.

sirt und geübt worden ist, technisch sehr viel leichter sein, als wenn wir noch im infiltrirten Gewebe arbeiten müssen. Ich weiss nicht ob wir bei genügender Vorbereitung durch Massage wirklich in die Lage kommen zu so verzweifelten Mitteln zu greifen, wie in dem Falle der Wölflerschen Klinik. Wölfler umkleidete den Nerv nach vergeblichen Versuchen ihn am Wiederverwachsen zu hindern, mit Epithel. N. sagt darüber: «Die Isolirung eines Nerven durch Einhüllung mit Thiersch'schen Läppchen führt in sofern nicht zur völligen Heilung, als Epithelfisteln zurückbleiben. Es ist deshalb eine weitere zweckmässige Verbesserung der Isolirung anzustreben.»

So sehr der technische Erfolg der Isolirung jeden Chirurgen interessiren muss, so sehr wird auch jeder mit dem Autor übereinstimmen, dass diese Methode keine vollkommene ist. In dem Falle Wölflers ist nun nichts über Massagevorbehandlung gesagt. Ich halte dieselbe für ausserordentlich werthvoll. Es ist geradezu erstaunlich was für harte und starre Narben noch durch sachgemässe Massage weich und nachgiebig gemacht werden können. Man kann sich z. B. aus einem Sehnencallus der Flexoren der Hand schliesslich jede Sehne bis dicht an ihre Verwachsung mit dem Knochen isoliren lassen. Hier am Ellenbogen am Humerus ist es stets leichter als am Handgelenk die Gewebe von der Unterlage abzubekommen und unter sich verschieblich zu machen. Ich glaube, dass es wohl stets gelingen wird nach einer solchen Vorbehandlung, wenn sie nicht schon selbst zum Ziele führt, aus der Nachbarschaft Bindegewebe, Fascien, Muskel- oder Fettgewebe zur Unterfütterung herbeizuholen. (cf. St. Petersburger med. Wochenschrift Nr. 4. 1896 über Narbenunterfütterung von W. Zoege-Manteuffel.) In extremen Fällen würde ich mich eher zu einer vollständigen Verlagerung des Nervs entschliessen. Nur wenn eine solche auch nicht möglich, oder misslungen ist bliebe die Wölflersche Epithelumhüllung als letztes Mittel übrig.

Noch einmal kurz recapitulirend würde ich in einschlägigen Fällen primärer Lähmung folgendermassen vorgehen.

Massage 1 bis 1½ Jahr. Dann Operation — Naht — Unterfütterung mit Fascie, Muskel, Fett. Wenn die letztere nicht möglich ist Verlagerung des Nervs. Wenn auch dieses unthunlich — Epithelüberhäutung nach Wölfler.

Wien, Juni 1896.

Druckverbände mit Filz.

Von

Dr. med. Otto Thilo in Riga.

Bei den frischen Verstauchungen des Fussgelenkes verhindern fest angelegte Druckverbände ziemlich sicher das Eintreten erheblicher Schwellungen, da sie die Blutungen unter der Haut stillen und so jene Blutansammlungen verhüten, welche so sehr die Heilung des verletzten Gelenkes verzögern (Klemm)[1].

Das einfache feste Einwickeln mit Binden ist für derartige Druckverbände ungeeignet.

Erstens werden sie schlecht vertragen, da sie einen sehr empfindlichen Druck auf die häufig stark verletzten Knöchel ausüben. Zweitens können sie ihren Zweck, die Blutung zu stillen, doch nicht erreichen. Sie überbrücken den Raum zwischen Knöchel und Fusswurzel, lassen daher den hauptsächlichen Sitz der Blutungen und Ansammlungen frei vom Drucke. Diese Uebelstände vermeide ich dadurch, dass ich vor dem Anlegen der Binden den verletzten Knöchel mit einem Stücke dicken weissen Filzes bedecke, in welches ich ein längliches Loch schneide.

Dieses Filzstück wird nach Art eines sogenannten «Hühneraugenringes» mit dem Loche auf den verletzten Knöchel gelegt.

Hierdurch gelingt es den Knöchel fast vollständig vom Drucke der Binden zu befreien und einen Druck hauptsächlich auf seine Umgebung auszuüben.

Statt des Filzes, Watte zu verwenden ist nicht empfehlenswerth, weil die Watte ziemlich bald einschrumpft, sich zusammenrollt und die gelockerten Binden dann einen ungleichmässigen Druck ausüben.

Ich gebe den Filzstücken gewöhnlich eine Länge von etwa 14 Ctm., Breite von 6 Ctm. Die Länge des Loches beträgt etwa 5 Ctm., die Breite 2 Ctm.

Zur Sohle hin ist das Filzstück allmählich bis auf etwa 9 Ctm. zu verbreitern.

Bei Verletzung des äusseren Knöchels lege ich stets auch auf den inneren unverletzten Knöchel ein entsprechendes Filzstück und zwar in der Weise, dass zwischen dem Filzstücke des inneren Knöchels und dem des äusseren ein Zwischenraum von einigen Centimetern bleibt, damit an dieser Stelle kein Druck von den Binden ausgeübt werde. Hierdurch erhalte ich eine freie Bahn für den Rückstrom des Blutes. Auch die Achillessehne lasse ich vom Filz unbedeckt.

Die Filzstücke sind zur Fussspitze hin zu verbreitern, damit auch der Fussrücken vom Drucke der Binden frei bleibe. Hiedurch wird das Anschwellen der Zehen vermieden.

Hat man den Verband richtig angelegt so stillt er sehr bald die Schmerzen und giebt dem Gelenke einen sicheren Halt, natürlich nur in leichteren Fällen, bei denen es sich mehr um Gefässverletzungen als um Zerreissungen der Bänder und Splitterungen der Knöchel handelt.

In einem derartigen leichteren Falle fand ich am äusseren Knöchel eine sehr umschriebene pralle Geschwulst. Da Filz nicht zur Hand war, faltete ich zwei Stücke Leinwand nach Art von Taschentüchern zusammen, schnitt in jedes derselben ein Loch und legte das eine Stück auf den äusseren, das andere auf den inneren Knöchel

Der Kranke konnte mit diesem Verbande seinen Beschäftigungen nachgehen und in einigen Tagen war die Schwellung verschwunden.

In ernsteren Fällen erreicht man selbstverständlich nicht so schnelle Heilungen, aber auch hier kann durch einen Filzdruckverband, durch Schienung, Hochlagerung und Massage die Heilung sehr wesentlich beschleunigt werden. Als Beispiel hierfür möge folgender Fall dienen.

Ein College Dr. T. in Riga hatte durch einen Fehltritt von einer Schwelle im Dunkeln, sich eine Verstauchung des Fusses zugezogen. Obgleich sofort heftige Schmerzen eintraten, war der sehr energische lebhafte Mann noch einige Stunden herumgehumpelt bis ihm schliesslich das Auftreten unmöglich wurde. Nachdem er sich zwei Tage hindurch mit Compressen von Bleiwasser und dergl. behandelt hatte, schickte er zu mir wegen ganz unerträglicher Schmerzen. Ich fand den Fuss sehr geschwollen, den äusseren Knöchel sehr empfindlich, den inneren ganz schmerzlos.

Ich legte einen Filzdruckverband an und lagerte den Fuss in eine Volkmannsche Blechschiene, die bis zur Kniekehle reichte. Am Sohlentheil der Schiene befestigte ich eine Blechsohle mit nach oben gebogenen Rändern (etwa 3 Ctm. hoch nahm ich die Ränder). Den Einschnitt für den Hacken nahm ich recht lang, damit ich durch diesen Einschnitt über den äusseren Knöchel ein dreieckiges Tuch ziehen konnte. An der inneren Seite der

[1] Klemm. Die Behandlung der Gelenkbrüche. Sammlung klin. Vorträge 1893.

Schiene wurden die Zipfel des dreieckigen Tuches geknotet. Der auf diese Art erzeugte seitliche Zug bewirkte eine Drehung des Fusses um seine Längsaxe nach aussen und erhielt ihn in übercorrigirter Stellung (Plattfussstellung).

Die Schmerzen liessen in einigen Stunden nach. Ich lagerte das Bein hoch und wechselte den Verband alle 24 Stunden. In zwei Tagen war die Schwellung so bedeutend geschwunden, dass ich den äusseren Knöchel bequem durchfühlen konnte. Es hatte ein Bruch des äusseren Knöchels, etwa zwei Centimeter oberhalb seines Endes, stattgefunden.

Trotzdem war der College nicht im Bette zu halten. Ueber meinen Filzverband zog er einen Schnürstiefel, an dem die Sohle durch eine Blecheinlage an der äusseren Seite verbreitert war[2]) und besorgte einen Theil seiner ärztlichen Praxis, allerdings fahrend. Trotz seiner 65 Jahre erlangte er bald die volle Gebrauchsfähigkeit seines Fusses. Allerdings wurde er zugleich einige Wochen mit Massage und Widerstandsbewegungen behandelt. Er hatte also mit seinem Gelenkbruche nur einige Tage zu Bette gelegen, obgleich zwei Tage lang der Bruch sehr vernachlässigt war

Grossen Nutzen habe ich auch von meinen Filzverbänden bei den Gelenkergüssen der Bluter gesehen. Ich hatte Gelegenheit zwei Bluter jahrelang zu behandeln. Der eine derselben, ein höchst begabter Polytechniker, sagte mir, als er in meine Behandlung kam, das einzige wirksame Mittel gegen seine Gelenkschwellungen seien Einwickelungen mit Watte und Binden. Alles andere habe ihm keinen Nutzen geschaffen. Sehr bald vertauschte er die Watte mit meinem Filzverbande.

Der zweite viel jüngere Bluter, den ich augenblicklich noch behandele, war anfangs sehr gegen meinen Filzverband, weil er sich an Compressen mit kaltem Wasser seit Jahren gewöhnt hatte. Jetzt legt er sofort meinen Filzverband an, sobald er Schmerzen in einem Gelenke spürt. Hat der Verband zwei Tage gelegen, so werden Massage und leichte Widerstandsbewegungen angewandt; überhaupt brauchten beide Bluter fortlaufend Massage und Widerstandsbewegungen. Sie erreichten dadurch, dass man allmählig bei der Massage von Streichungen zu sehr starken Klopfungen (Fäusteln) übergehen konnte. Bei dem Polytechniker gelang es mir, eine Winkelstellung des Kniegelenkes, die 10 Jahre bestanden hatte, durch allmähliches Strecken zu beseitigen[3]).

Folgendermassen lege ich einen Filzdruckverband an das

Kniegelenk.

Die vordere Hälfte des Kniees wird mit einem weissen dicken Stücke Filz bedeckt, in dessen Mitte ein herzförmiges Loch, entsprechend der Grösse der Kniescheibe, geschnitten ist. Ueber die Kniekehle lege ich ein Stück Pappe von etwa 30 Ctm. Länge und 14 Ctm. Breite. Ich schneide es von einem Bogen, der mit Leinewand und Wienerkleister beklebt und mit Oelfarbe angestrichen, stets von mir vorräthig gehalten wird[4])

Häufig lasse ich diese Pappestücke durch Draht oder Bandeisen steifen. Sie werden mit weissem dicken Filz gepolstert und mit Tricot oder Barchent benäht.

Mit starken Leinbinden oder Gummibinden kann man über der Filzkappe jetzt einen sehr festen Druck ausüben, ohne den Unterschenkel abzuschnüren, da die Venen in der Kniekehle und auch die Vena saphena vom Drucke frei bleiben. Durch die Filzkappe ist man im Stande den Druck auf die Umgebung der Kniescheibe sehr gleichmässig und stark auszuüben. Bekanntlich ist ja gerade diese Stelle häufig der Sitz von Erkrankungen und Ansammlungen. Noch vor Kurzem hat König dieses sehr eingehend nachgewiesen[5]).

Da es bisweilen vorkommt, dass beim Gehen die Filzkappe nach unten rutscht und so das Loch im Filz von der Kniescheibe verschoben wird, so lasse ich nach Anlegung der Binden, mit einer langen Stopfnadel durch eine Längsnaht mit langen Stichen die Binden leicht an die Filzkappe heften. In einem Falle befestigte ich den Filz mit Gummiheftpflaster, welches ich gürtelförmig über den Filz um das Knie schlang. Es handelte sich in diesem Falle um eine vernachlässigte Verrenkung der Kniescheibe nach aussen. Die Kranke wurde alle Augenblicke durch Ueberspringen der Kniescheibe nach aussen im Gehen gehindert.

Ich legte auf die äussere Seite des Kniees ein Stück Filz, mit einem Ausschnitte für die Kniescheibe und befestigte dieses mit Heftpflaster und Binden So erreichte ich, dass die Kranke einige Monate hindurch ohne Ueberspringen der Kniescheibe ging. Auf dem Lande konnte der Verband nicht erneuert werden und es erfolgte wieder die Verrenkung. Jetzt trägt Patientin ein Gummikniestück über meinem Verbande und kann monatelang ohne Verbandwechsel die Kniescheibe in ihrer Stellung erhalten.

Ich führe diesen Fall zum Theil auch deshalb hier an, weil er zeigt, wie genau man mit Filzverbänden den Druck auf ganz bestimmte Punkte ausüben kann.

Bei geschwollenen Knieen, die in Winkelstellung stehen (Ankylosen) passt man die Filzkappe leicht an, wenn man dreieckige Stücke aus dem Rande derselben schneidet. Auch kann man die Filzkappe nass auf ein Holzmodell nageln, falls man eine genauere Anpassung wünscht. Auf grosse Genauigkeit des Holzmodelles kommt es gar nicht an, falls man nur einen recht weichen Filz verwendet. Sehr gut eignen sich die gröberen niedrigeren Sorten des Filzes, mit denen die Pferdegeschirre gepolstert werden. Auch der schöne dicke Filz, den man unter die Pferdesättel legt, ist oft sehr brauchbar. Er ist allerdings sehr kostspielig. Bei den verschiedenartigsten Formen der Kniegelenkentzündung leisten mir die Filzdruckverbände in Verbindung mit Massage und Widerstandsbewegungen vortreffliche Dienste[6]). Auch an anderen Körpertheilen gelang es mir durch Filzauflagen den Druck auf ganz bestimmte Stellen auszuüben und gürtelförmige Einschnürungen zu vermeiden, so z. B. bei einem

Bruch der Elle

in der Nähe des Handgelenkes. Mein Hausknecht stürzte am Abend im Dunkeln von der Kellertreppe. Die ganze Nacht hindurch verspürte er die fürchterlichsten Schmerzen in seiner rechten Hand.

Ich fand am Morgen die Hand am Gelenk so sehr geschwollen, dass ich zunächst nicht feststellen konnte, ob ein Knochenbruch vorlag, oder nicht.

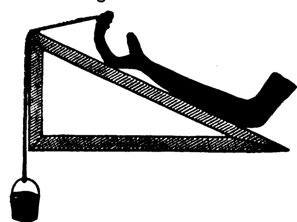
Ich legte den ganzen Arm in eine rechtwinkelig gebogene Rückenschiene, die ich aus einem Rahmen von Draht und aus der obenbeschriebenen Pappe schnell anfertigte. Die Drehung der Hand nach innen (Pronationsstellung) beseitigte ich durch einen Zügel, den ich mit einer Heftpflasterschlinge an die Hand befestigte. Auf die Rückseite der Hand und auf das untere Drittel des Unterarmes klebte ich einen Streifen gelochten Gummiheftpflasters, an dessen freiem Ende gleichfalls ein Zügel angebracht wurde. Als Zügel verwende ich stets festgedrehte Hanfschnüre, die folgendermassen ein Heft-

[2]) Vergl. Illustr. Monatsschr. f. Krankenpflege 1893. April. Dr. Thilo. Breite Sohlen gegen das Umklappen des Fusses.
[3]) Vergl. Monatsschrift. f. Unf. 1895 № 11, Seite 353, Zeile 19 von oben.
[4]) Vergl. Langenbecks Arch. 1895. Bd. XLIX. Heft 4.

[5]) Vergl. König. Die specielle Tuberculose der Knoch. und Gelenke. Berlin 1896, Hirschwald.
[6]) Vergl. Monatsschrift f. Unf. 1895 № 11.

pflaster befestigt werden. Um ein dickes rechtwinkliges Stück dicken Sohlenleders wird das freie Ende des Heftpflasters geschlungen. Durch Heftpflaster und Leder wird ein Loch geschlagen, durch welches ich die Schnur ziehe, die als Zügel dienen soll. Die Schiene bedeckte ich mit Leinwand und Filz. Watte verwende ich fast garnicht mehr zum Polstern, auch das geschwollene untere Drittel des Unterarmes wurde mit einer doppelten Lage von Filz, etwa 8 Cntm. lang, 5 Cntm. breit bedeckt. Auf den übrigen Theil des Unterarmes und die Beugeseite des Oberarmes legte ich in einfacher Lage Filzstücke von derselben Breite. Mit Binden von alter weicher Leinwand umwickelte ich Schiene und Arm, die Finger soweit frei lassend, dass der Kranke mit ihnen bequem greifen konnte. In diesem Verbande liess ich den Kranken zweimal täglich den Arm mit der Rückseite auf eine schiefe Ebene legen, auf der in meiner Anstalt stets Arme und Beine massirt werden. Diese schiefe Ebene wird hergestellt aus drei Brettern die ich zu einem Dreieck aneinanderfügen lasse. (Siehe beistehende Zeichnung).

Um die Spitzen der drei mittleren Finger legte ich die Schlinge der Schnur eines Eimers meiner Vorrichtung für Fingerübungen nach beistehender Zeichnung. Der Eimer wurde in den ersten Tagen mit $^1/_2$ Kilog. später mit einem Kilo belastet. Ohne die geringsten Schmerzen hob und senkte der Kranke dieses Gewicht oft eine halbe Stunde lang. Zweimal täglich liess ich die Binden abwickeln, die Filzstücke entfernen und die Beugeseite des Unterarmes, der nur durch die Zügel in der Schiene erhalten wurde, massiren, oft bis zu einer Stunde lang in jeder Sitzung.



Ausserdem liess ich Hebungen und Senkungen des ganzen Armes auf Kommando zweimal täglich ausführen.

Nach vierzehn Tagen konnte der Kranke ohne Schiene schon einige Arbeiten mit der rechten Hand ausführen. Er versuchte sogar, sehr gegen mein Wissen und Willen Schnee zu schaufeln. Hiedurch trat allerdings keine Verschlechterung der Hand ein, jedoch verhinderten heftige Schmerzen die Fortsetzung dieser Arbeit.

Die Drehung der Hand nach innen und aussen (Pronation und Supination) waren bald ganz frei.

Derartige schnelle Heilungen von Brüchen der Speiche kenne ich mehrere. Sie gehören ja glücklicherweise nicht mehr zu den Seltenheiten. Ich führe diesen Fall z. T. auch deshalb hier an, weil der Gebrauch der Gypsverbände für Speichenbrüche noch immer sehr allgemein ist. Auch der erwähnte Kranke war recht unzufrieden mit meiner Behandlung und meinte durch einen Gypsverband wäre seine Hand schneller gebrauchsfähig geworden.

Die Ueberbeine

behandele ich mit Filzdruckverbänden folgendermassen. Ein kreisförmiges dickes Filzstück von etwa zwei Cntm. Durchmesser und ein entsprechender Kork von etwa $^1/_2$ Cntm. dicke, werden auf einen Heftpflasterstreifen gelegt und zwar auf die unbestrichene Seite desselben. Mit einer langen, starken Nadel legt man Nähte durch Kork, Filz und Heftpflaster. Klebt man jetzt den Kork mit dem Heftpflaster auf das Ueberbein, so wird er stets genau auf dem Ueberbein vom Heftpflaster erhalten, namentlich wenn der Heftpflasterstreif gürtelförmig die Gliedmasse umschliesst.

Befindet sich das Ueberbein auf der Streckseite des Armes, so ist auf die Beugeseite gleichfalls ein Filzstück zu legen, damit beim Einwickeln mit Binden eine Abschnürung der Gliedmasse verhindert werde. Am Fussrücken klebe ich blos mit Heftpflaster einen Kork mit Filz auf das Ueberbein und bewirke den Druck durch das Schnüren des Stiefels, die Binden fortlassend.

Diesen Verband lasse ich wochenlang ununterbrochen Tag und Nacht liegen.

Ueberbeine, die schon seit längerer Zeit bestehen, durchstosse ich mit dem Scalpell und massire ich aus, vor dem Anlegen des Filzdruckverbandes.

Referate.

M. Mitry. Die Brüche des Larynx. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires 1895. Nr. 11 Novembre und Nr. 12 Decembre.

Anknüpfend an einen Fall von Bruch des Larynx, den Verf. im Militair-Hospital zu Tlemcen beobachtet hat, versucht Verf. es, über den Mechanismus der einzelnen Fracturen des Larynx Licht zu erhalten, wobei ihm, Dank liebenswürdiger Collegen, die nöthige Literatur zur Verfügung gestellt wurde. Am 22. August 1894 um 2 Uhr Nachmittags erhält der Cavallerist D. 21 Jahr alt, von einem davonlaufenden Pferde welches er verfolgt, einen Schlag an die Vorderseite des Halses, der so stark ist, dass D. umfällt, ohne jedoch die Besinnung zu verlieren. Im Krankenhaus, wohin D. sich selbst begiebt, lässt bei der Untersuchung die ganze Schwere der Verletzung sich nicht vorhersagen. Der untere Theil des Halses an der Vorderseite ist geschwollen, wobei die characteristischen Grenzen verschwunden sind, und bei der Palpation die characteristische Crepitation des Emphysems vorhanden ist, zugleich leisten die Knorpel bei Druck von beiden Seiten keinen Widerstand, sondern weichen leicht dem Druck. — Functionell ergiebt sich, dass Pat. auf ihm gestellte Fragen präcis antwortet, aber die Stimme hat den Klang verloren, ist tonlos, tief, flüsternd. Das Schlucken von Flüssigkeiten geschieht ohne grosse Mühe; blutiger Schleim wird häufig entleert, die Respiration ist normal betreffs Zahl und Häufigkeit der Respirationsbewegungen, nur lässt die geräuschvolle Exspiration ein Oedem der Larynxschleimhaut befürchten, wobei bei der Auscultation in den Lungen überall vesiculäre Respiration constatirt wird. Es wurde die Diagnose «einer medianen Fractur der cartilago thyroidea» gestellt.

Der Pat. ist, trotz einer ihm gegebenen Erklärung der Gefährlichkeit seines Zustandes, zu einer Tracheotomie nicht zu bereden; es werden eiskalte Umschläge angeordnet. Am Abend des nächsten Tages, den 26. August, stellten sich stärkere Athembeschwerden ein, dabei wird um 10 Abends die Inspiration verlängert, und um Mitternacht tritt plötzlich eine Syncope ein; die sofort schleunigst gemachte Tracheotomie bringt keinen Erfolg und der Pat. stirbt ohne zur Besinnung gekommen zu sein.

Die Autopsie ergiebt ausser der während des Lebens diagnosticirten medianen Fractur der Cartilago thyroidea noch vielfache Verletzungen der schwersten Art an den verschiedenen Knorpeln und Weichtheilen, die im Original nachzusehen sind. Eine beigegebene Zeichnung erleichtert die Orientirung. Jedenfalls war die Nichtausführung der Tracheotomie laut dem Wunsche des Patienten, ein Fehler. — Im Weiteren führt der Verf. die betreffende Literatur von Valsalva und Morgagni 1745 bis zur Neuzeit an, wobei dieselbe derart geordnet ist, dass erst die Berichte über Fälle, die ohne chirurgische Behandlung geheilt sind, erwähnt werden, dann solche, die mit Erfolg behandelt worden sind Dank einer chirurgischen Behandlung, darauf die einen tödtlichen Verlauf genommen habenden Fälle aufgeführt werden und schliesslich einige Sectionsprotokolle erwähnt werden.

Im Heft Nr. 12 bespricht Verf. zuerst die Häufigkeit der Fractur des Larynx in verschiedenen Lebensaltern, wobei die Verknöcherung der Knorpel im Alter nach der Literatur keine Rolle spielt, darauf werden verschiedene Versuche, die gemacht worden sind um mechanisch die Fractur herbeizuführen, angeführt: 1) bei der Cartilago thyroidea Druck von vorne nach hinten, wobei der von den beiden Lamellen gebildete Winkel, durch Anpressen der Lamellen an die Wirbelsäule, geöffnet wird. 2) Durch beiderseitigen Druck auf die Lamellen, wobei beide aneinander gedrückt werden. 3) Ebenso wirkt die Gewalt bei der Cartilago cricoidea. 4) Die Fracturen der Cartilagines arytänoideae werden durch mehr complicirte Druckbewegungen bedingt. — Von 44 Fällen, die der Verf. zu seiner Statistik benutzt, sind 12 durch Fall auf einen Gegenstand (Tisch etc.), 12 durch Strangulation, 12 durch Schlag auf den Larynx, 5 durch Zerquetschung, 2 durch Aufhängen

hervorgerufen worden. Es werden dann die Diagnose, der Verlauf und Prognose, die Behandlung besprochen und schliesslich noch Fälle von Fractur des Larynx durch das Projectil eines Feuergewehrs besprochen.

Die genannte Arbeit verdient der Beachtung der Herren Chirurgen, die sicher manches Interessante beim Durchlesen derselben finden werden. Gr.

Dr. Dziewansky. Le service de Santé dans l'armée japonaise pendant la guerre Chino Japonaise (Report on the medico-military arrangement of the Japonese Army in the field 1894—1895) 1895, 66 pg. 5 grav. Archives de médecine et de pharmacie militaires. Nr. 12. 1895 und Nr. 1 und 2. 1896.

Verf. giebt eine Uebersetzung des in englischer Sprache erschienenen Berichts des englischen Militär-Arztes W. Taylor vom Medicinal-Stab der englischen Armee, der von der englischen Regierung zum Anfang des Japanisch-Chinesischen Krieges in die Japanische Armee commandirt war und trotz grosser Schwierigkeiten, die er zu überwinden hatte, den ganzen Feldzug mitgemacht hat. Höchst interessant, besonders für jeden Militärarzt ist der Inhalt der obenerwähnten Schrift. Wir ersehen aus derselben dass das Medicinalwesen der Japanischen Armee vollkommen nach Europäischem Muster organisirt ist, speciell nach Preussischem Vorbild. Nur besteht der Train nicht aus Wagen sondern aus Packpferden mit Körben. Ueber den Transport von Verwundeten und Kranken ist wenig gesagt; wir finden die Notiz: «die einzigen Transportmittel die in Gebrauch kamen, waren Tragbahren, kleine Handwagen und örtliche Handkarren». Ueber die Kenntnisse und den Diensteifer sowohl der Aerzte wie des niederen Medicinischen Personals äussert sich Dr. Taylor sehr lobend. So erzählt er: während der Attaque von Wei-Hai-Wei war ein Regiment am Meeresufer unter das Feuer von 3 chinesischen Schiffen und 4 chinesischen Torpedoböten gekommen, und musste sich zurückziehen, wobei die Verwundeten am Meeresufer liegen blieben. Trotz des mörderischen feindlichen Feuers ging die Sänitätscolonne unter Führung der Aerzte ruhig vor, suchte die Verwundeten auf, verband dieselben und brachte sie in Sicherheit — und das unter einem Kugelregen während wenigstens 20 Minuten. Auffallend ist die grosse Anzahl der Apotheker und ihrer Gehilfen und was man unter chef infermier officier verstehen soll — ist nicht klar. Dagegen bildet die Cavallerie eine Ausnahme: ein Cavallerie Bataillon hat einen älteren und einen jüngeren Arzt, einen Chef infermier und einen Feldscher (infermier), während ein Genie-Bataillon 2 Feldschere hat. Auch hier findet die Zweitheilung (wie in Russland) statt, z. B. die Chefs infermiers stehen unter dem Befehl des (Chef du corps) Abtheilungschefs (Officier); was ihren speciellen Dienst betrifft, so führen sie die Befehle der Chirurgen aus; ebenso sind die Feldschere der Truppe unter dem Befehl des Compagnie-Commandeurs und nur betreffs des speciellen Dienstes gehorchen sie den Aerzten oder den Chefs infermiers. Was den Transport zu Schiff beträgt, so waren die Krankenräume für die Verwundeten und Kranken durchaus ungenügend eingerichtet. Betreffs der Sanitätsmaassregeln betont Dr. Taylor die Gleichgiltigkeit, die die Japanesen bezüglich der Hygiene zeigten. In den Instructionen für den Sanitätsdienst im Felde ist von Hygiene gar nicht die Rede: man findet Nichts von einer Verhütung einer Krankheit, von Schutz der Quellen, Brunnen etc. erwähnt; theoretisch wird Nichts empfohlen und praktisch existiren keine hygienischen Maassnahmen; es besteht eben eine vollkommene Indolenz betreffs der letzteren. Hunderte von Cadavern blieben während Tagen zu Haufen gesammelt, in den engen Strassen eines Dorfes oder einer Stadt, die die Japanesen für längere Zeit besetzt hatten liegen und in der Umgegend solcher Ortschaften faulten Hunderte von Cadavern unbedeckt auf der Erde liegend, so dass bei der Senkung des Terrains die zersetzten, faulenden Massen in die Brunnen flossen. Wenn ein Vergraben der leichen vorgenommen wurde, so war es nach Dr. Taylor's Aeusserung, eine grobe plaisanterie, da die Cadaver in einen schmalen kaum 1 Fuss tiefen Graben geworfen und mit einer dünnen Schicht Erde, die nach dem ersten kleinen Regen weggeschwemmt wurde, bedeckt wurden; oder auch, man warf die Cadaver ins Meer und überliess sie den Wellen; in der Hauptstrasse der Stadt, in der Dr. Taylor wohnte, sah er einen crepirten Hund 60 Centim. von der Oeffnung eines Brunnens liegen, und zwar — während etlicher Wochen.

In späterer Zeit wurden in einzelnen Städten z. B. Kirsebow Sanitätsmaassregeln zur Reinigung der Stadt ergriffen und zwar mit grosser Energie und bestem Erfolg; doch — das waren Ausnahmen. Es war geradezu auffallend betreffs der Krankenhäuser, Lazarethe etc. innen die peinlichste Reinlichkeit; aussen, in einigen Schritten von dem Hause ein Unrath, um in demselben zu ertrinken. Der Japanese isst sehr mässig: Reis und Gewürze bilden seine Hauptnahrungsmittel und dieses erhielt er regelmässig. Näher auf dieses Thema einzugehen, erlaubt der Raum nicht. Trinkwasser und Wasser für die Zubereitung der Speisen musste genommen werden wo man es fand; Jedes Bataillon war nach dem Gesetz mit einem Wasserfilter versorgt — angewandt ist derselbe nie, oder sehr selten. In Folge des schlechten Wassers, welches zum Gebrauch kam, traten viele Fälle von Krankheiten des Magen-Darm-Canals auf. Bei Placirung der Truppen an Flüssen Quellen etc. wurden nie Maassnahmen getroffen, um das Wasser rein zu halten: im Gegentheil, die höher am Ufer gelagerten Truppen schlachteten das Vieh direkt am Flussufer, wuschen die Eingeweide desselben im Wasser des Flusses etc., liessen den Unrath liegen etc. — unbesorgt darum, dass die unterhalb am Ufer gelagerten Truppen diese Unreinlichkeiten beim Schöpfen des Wassers mitfassten. Ein Infanterie-Soldat trägt in Friedenszeiten ein Gewicht von 16,815 Kilogrm., in Kriegszeiten — 21,290 Kilogrm. In der kalten Winterszeit erhielt jeder Soldat ausser seinem Mantel, auf nationale Kosten, einen grossen, langen, warmen Mantel mit einem Capuchon und ein Paar wollene Handschuhe (bei den Letzteren war für den Zeigefinger ein Finger gebildet um das Gewehr abdrücken zu können). Die Kleidung selbst liess viel zu wünschen übrig: die Hosen waren schlecht zugeschnitten und veranlassten Wunden der Haut an verschiedenen Körpertheilen, die Strümpfe aus Baumwolle waren von schlechter Qualität und für die kalte Zeit nicht genügend; die Schuhe waren aus sehr schlechtem Leder gefertigt, die Leinwand-Gamaschen erwiesen sich ganz unpraktisch beim Marsch, die ledernen Säcke (an Stelle der Ranzen) in welchen der Japanesische Soldat seine Sachen trägt, sind der schwächste Theil der Equipirung desselben: die ledernen Bänder drücken die Brust und die Achselgruben. Der Japanesische Soldat ist sehr energisch: er beklagte sich nicht trotz des grossen Gewichts dieses Sacks, der ausser 40 Paketen Patronen noch Reserve-Nahrungsmittel für 4 Tage, Wäsche zum Wechseln, ein wasserdichtes Leinwandstück, ein tente-d'abri, Utensilien für das Gewehr, einen Kochkessel für den Reis, ein Trinkgefäss etc. enthielt. Der Mützenschirm ist so klein, dass er die Augen nicht schützt. Als Reserve hatten die Soldaten ein Hemd und Unterhosen aus Papier, deren sie sich bei starker Kälte mit Vortheil bedienten, indem sie dieselben über die Leinwandsachen anzogen. Verfasser geht dann noch ein auf die Wund- und Krankenbehandlung. Dysenterie, Durchfälle, Cholera, Pest und andere ansteckende Krankheiten wie auch Fieber haben in mehr oder weniger hohem Grade geherrscht. Gegen die Cholera, die zuerst in Port Arthur ausbrach, wurden strenge Quarantainemaassregeln etc. getroffen, trotzdem wurde sie von den Truppen nach Japan verschleppt. Die Sterblichkeit betrug in Korea 33 pro 100; die Mehrzahl starb im Collaps. Die Behandlung, die das beste Resultat gab, war eine subcutane Einspritzung circa eines Liters einer Lösung von gewöhnlichem Kochsalz 1 : 7000; wenn die Absorption rasch vor sich ging, trat gewöhnlich Genesung ein. Keine Stimulantia ausser Campherspiritus. Systematische subcutane Injectionen von Morphium bei Schussverletzungen — wurden nicht angewandt.

Nach Daten, die dem Arzt der französischen Marine Jourdan durch den General-Inspector des Gesundheitsdienstes Ischigura gegeben worden sind, beträgt die Totalsumme an Todten, Verwundeten und Kranken in der Japanesischen Armee für die Dauer des Krieges vom 7. Juni 1894 bis zum 8. Juni 1895 60,979 Mann (bei einem Effectivbestand von 200,000 Mann); 739 Mann sind auf dem Schlachtfelde geblieben, 230 sind an ihren Wunden gestorben, 3,009 sind verwundet worden und an Cholera sind 1608 Mann gestorben, an anderen verschiedenen Krankheiten 1516. Die blutigste Schlacht war bei Peng-Yang: 524 Verwundete, 178 Getödtete. Taylor hat keine Gelegenheit gehabt eine Wirkung der Kugeln aus dem neuen Gewehr zu beobachten, da die Chinesen sich der alten Gewehre, sogar der Bogen und Pfeile bedienten und die mit dem neuen Gewehr bewaffneten Japanesischen Truppen — die Gardedivision und die Division Osaka — kein Gefecht mitgemacht haben. Das Weitere und Specielle ist im Original nachzusuchen, was besonders Militär-Aerzten zu empfehlen ist. Gr.

Bechard. Penetrirende Brustwunde bei einem Howa durch das Geschoss eines Gewehrs 1886. Rasche Heilung. Archives de Médecine et de pharmacie № 1. 1896

Den 30. Juni 1895 wurde bei Tsarasotra der betreffende Verwundete aufgefunden, nachdem er den vorhergehenden Tag, am Morgen, bei dem Angriff der französischen Position durch die Howa's, in einer Entfernung von ca. 500 Meter verwundet worden war. Die Eintrittsöffnung des Projectils befindet sich 2½ Fingerbreiten unterhalb der Mitte der linken Clavicula; der Diameter derselben ca. 1½ Centim., sie ist mit einem Blutgerinnsel verschlossen; die ganze subclaviculare Gegend ist geschwollen, die Färbung der Haut nicht verändert. Am Rücken, linkerseits, ca. 3 Ctm. nach aussen von der Wirbelsäule, zwischen den hinteren Enden der 10. und 11. Rippe liegt die Austrittsöffnung: dieselbe ist oval, der grös-

sere Durchmesser von ca. 2 Centim. vertical; ein trockener schwarzer Brandschorf schliesst die Oeffnung: die ganze Umgegend bildet eine gleichmässige, bei der Berührung schmerzhafte Geschwulst ohne Veränderung der Färbung der Haut. Die genaueste Untersuchung der Knochen, durch etliche Aerzte, konnte eine Fractur derselben nicht nachweisen. Die Untersuchung der linken Lunge ergab Pleuritis bei entzündlichen Erscheinungen in der Umgegend des Schusskanals, während die übrigen Theile der Lunge z. B. hinten oben normal waren. Am 5. Juli stiess sich der Propfen an der Eintrittsöffnung los und es entleerten sich aus der Oeffnung ca. 250 grm. einer serösblutigen Flüssigkeit, speciell bei den Hustenanfällen. Es wird ein Jodoformverband angelegt. Am 7. Juni enthielt die entleerte Flüssigkeit etwas Eiter. Am 15. Juni konnte Patient als Reconvalescent betrachtet werden.

Gr.

E. Blum. Ueber hypodermatische Einspritzungen von Chinin Archives de Médecine et de pharmacie militaires. Janvier. Nr. 1 1896.

Verfasser und seine Dienstgenossen in Afrika haben Chinin vielfach injicirt, mit gutem Erfolg und zwar subcutan aus folgenden Gründen: 1) Häufig versagt der Magen die Absorption des Chinins, dasselbe wird ausgebrochen und der Patient wartet auf den nächstfolgenden Besuch des Arztes um eine neue Gabe Chinin einzunehmen, und häufig — mit demselben Misserfolg. 2) Unter dem einfachen Volk haben viele ein Vorurtheil gegen Chinin; sie wollen das Chinin nicht nehmen, «weil es das Arzneimittel, welches eine grosse Leber und einen grossen Bauch macht», sei. Sie schreiben dem Chinin die Folgeerscheinungen des Malariafiebers zu. 3) Bei Kindern ist es häufig unmöglich sie zum Verschlucken des Medicaments zu veranlassen und Lavements werden selten so lange Zeit beibehalten, dass eine Resorption des Mittels möglich ist. Die Lösung besteht aus basischem salzsaurem Chinin 3 gr. (Chlorhydrate basique de quinine) Analgenum 2 gr. (Anelgésine) und destillirtem kochendem Wasser 6 gr. (Eau destillée bouillie); die Lösung erfolgt rasch. Eine Injectionsspritze enthält 0,50 gr. der heilbringenden Substanz (de principe actif) d. i. 0,30 gr. salzsaures Chinin und 0,20 Analgen.

Das Mittel wurde und wird angewandt 1) in den remittirenden Fällen, in denen der Magen die Aufnahme von Chinin verweigert oder bei denen das Fieber, trotz Absorption des Chinins durch den Mund während der Zeit von über einer Woche, fortbesteht. 2) Bei beständigen Fieberanfällen oder bei Kranken, die einen neuen Anfall erwarten, wo sie soeben einen solchen gehabt haben. Die Dosen auf ein Mal sind: 1 grm. für Erwachsene, 0,50—0,70 gr. für Kinder. Im algiden Stadium sind zugleich 2 grm. Aether zu injiciren. Nie hat man an demselben Tage mehr als 1 gr. 50 verbraucht. Der Erfolg ist stets ein guter gewesen.

Gr.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Deutsche Chirurgie. Lieferung 22: Chirurgie der Geschwülste von Luecke und Zahn und, Lieferung 52: Die chirurgischen Krankheiten der Nieren von Küster. (Stuttgart 1896. Verl. v. Ferd. Enke).

Als A. Luecke im Jahre 1869 sein vorzügliches Werk über «die Geschwülste» in Pitha's und Billroth's bekanntem Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie veröffentlichte, schuf er ein meisterhaftes Werk, das vielen Generationen von Aerzten zur Grundlage ihrer Kenntnisse der pathologischen Neubildungen diente. Luecke hat in diesem Werk die Errungenschaften der pathologischen Anatomie und die Erfahrungen der Chirurgie so vollkommen zu vereinen verstanden, und er hat den wissenschaftlichen Bedürfnissen und den praktischen Forderungen des Lesers in gleicher Weise so vollkommen entsprochen wie Niemand vor ihm. Pitha, Billroth und Luecke deckt der grüne Rasen, aber ihr Handbuch der Chirurgie erscheint bekanntlich in verjüngter Gestalt als «Deutsche Chirurgie», und als 22 Lieferung dieses nunmehr von Prof. Bergmann und Prof. Bruns herausgegebenen Sammelwerkes begrüssen wir die «Allgemeine Geschwulstlehre», von Luecke und Zahn bearbeitet. Diese Neubearbeitung des alten Lueckeschen Werkes hat den Autor in seinem letzten Lebensjahr beschäftigt und als die Feder seiner Hand entsank, hat Prof. Zahn in Genf das Werk zu Ende geführt. Was die letzten 25 Jahre an Erweiterung unserer Kenntnisse und an neuen Entdeckungen gebracht haben, wie z. B. die Zellvermehrung durch Mitose, ist sorgfältig in der neuen Bearbeitung verwerthet, ohne doch den alten Plan und die alten Vorzüge des Buches zu gefährden. So glauben wir, dass das Werk auch für die Mediciner und Chirurgen der Zukunft seine alte Bedeutung als grundlegendes Lehrbuch behalten wird auch in seiner neuen Gestalt.

Die 52 Lieferung der «Deutschen Chirurgie» enthält die Bearbeitung der chirurgischen Krankheiten der Nieren von Prof. Küster in Marburg. Die Nierenchirurgie gehört ja zu den modernsten Zweigen unserer Wissenschaft, sie bewegt sich auf dem Grenzgebiet zwischen der Chirurgie und innern Medicin, also auf demjenigen Territorium, auf welchem die heutige Chirurgie ihre reichsten Lorbeern gepflückt hat. Dementsprechend trägt auch das Küstersche Buch ein durchaus modernes Gepräge. Die anatomisch-physiologische Einleitung, sowie das Kapitel über die allgemeine Symptomatologie und Diagnostik sind gewiss für jeden Mediciner und nicht nur für den Chirurgen von Interesse. Dasselbe gilt von dem Abschnitt, welcher die Wanderniere behandelt. Bis jetzt ist nur die erste Hälfte des Werkes erschienen, und wir sehen mit Spannung der Fortsetzung entgegen, welche die übrigen chirurgischen Krankheiten der Nieren behandeln wird. Mehrere vortreffliche Farbendrucke erläutern die topographische Anatomie der Nierengegend.

D—o.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Archives de Médecine et de Pharmacie militaires № 3. 1896. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1896, pag. 133).

Die Doctoren Battle und Chavigny haben etliche Verbandpäckchen, die ihnen von aus dem Feldzug auf Madagaskar heimgekehrten Soldaten zur Verfügung gestellt wurden, betreffs der Conservirung derselben untersucht. Diese Verbandpäckchen werden unter den Soldaten vertheilt und letztere tragen sie eingenäht an einer bestimmten Stelle der Uniform. Das Resultat der betreffenden Untersuchung ist, dass die genannten Verbandpäckchen steril geblieben sind, trotz der hohen Aussentemperatur, der sie ausgesetzt gewesen sind, und der vielfachen Wechselfälle, die stets während eines Feldzuges in so heissem Klima vorkommen. Zur Zeit der Zubereitung enthielten dieselben einen Gehalt von 1:1000 Sublimat Minimal-Gewicht; zur Zeit der Untersuchung enthielten sie eine Menge Sublimat, die zwischen 1:1000 und 1:1200 wechselte. Doch das Sublimat ist nicht gleichförmig in den einzelnen Gegenständen, die das Päckchen bilden, vertheilt: die Marly (Gaze) und die Watte enthielten 1:1500 bis 1:2000, dagegen besass die für Luft undurchgängige Umhüllung einen im Vergleich mit früher höheren Gehalt an Sublimat = 1:500 — 1:272. Die Ursache dieser Veränderung können die Autoren nicht erklären.

Gr.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Juli d. J. 7173 (50 wen. als in d. Vorw.), darunter 890 Typhus — (14 mehr), 804 Syphilis — (41 mehr), 116 Scharlach — (7 wenig.), 80 Diphtherie — (0 mehr), 38 Masern — (5 wen.) und 28 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. Juli bis 27. Juli 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
391	309	700	200	87	87	22	8	28	47	63	44	44	39	17	8	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 21, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 11, Scharlach 14, Diphtherie 14, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 0, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 189, Todtgeborene 30.

Довв. ценз. Спб. 3 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 10. (22.) August **1896**

Haus-Sanatorium.

Einfache und billige Heilstätte für Schwindsüchtige.

Von

Dr. med. S. Unterberger.

(Vorläufige Mittheilung.)

«Nicht in verheerenden Raubzügen, gleich jenen gefürchteten asiatischen Seuchen, nicht mit dem Schrecken plötzlicher Katastrophen erscheint die Phthise, und doch fordert keine andere Krankheit dauernd eine gleiche Zahl von Opfern und doch verbreitet keine andere in gleicher Weise durch langes Siechthum Noth und Elend in weitesten Kreisen. Lehrt doch die Statistik, dass nicht weniger als $^1/_7$ aller Todesfälle auf die Lungenschwindsucht zurückzuführen sei, und Bollinger will gar auf Grund der anatomisch-pathologischen Veränderungen beim Sectionsbefunde den Nachweis erbringen, dass fast jeder dritte Mensch im Leben irgend einen tuberculösen Angriff zu bestehen habe.» (Jaruntowsky)[1].

Trotz der Schwere des Krankheitsbildes kommen aber glücklicherweise auch Naturheilungen der Schwindsucht vor und zwar nicht in geringem Grade, und die pathologische Anatomie, sagt Carswill, hat vielleicht niemals entschiedenere Beweise für die Heilbarkeit einer Krankheit geliefert, als bei der Phthise.

Nachdem Natalis Guillot[2]) in Bicêtre und Beau in der Salpêtrière bei Sectionen alter Leute in den Lungen nicht selten Narben von kleinen und grossen Cavernen nachgewiesen, folgten bald Bestätigungen dieser Thatsache aus allen Ländern und an einer Heilbarkeit der Schwindsucht wird jetzt nirgends gezweifelt. Unter Anderen fand Brouardel[2]) bei Sectionen von plötzlich gestorbenen Personen, die über 30 Jahre alt waren, in 75% Narben von alten und frischen tuberculösen Affectionen. Wenn nun $^1/_7$, also circa 15% an Phthise zu Grunde gehen, so müssen 50% am Leben bleiben! Eine Zahl, die von einigen Autoren als nicht zu hoch betrachtet wird. Wie viele nun von diesen ganz gesund werden, wie viele nur eine Verbesserung ihres Zustandes erleben, ist schwer zu sagen. In den Sanatorien werden durchschnittlich 11% als absolut geheilt entlassen und 13% als relativ geheilt d. h. solche, die sich so gut wie gesund fühlen und arbeitsfähig sind, wenn sie auch noch den Keim der Krankheit in sich tragen. Die Zahl der Geheilten in den Sanatorien ist als recht bedeutend zu bezeichnen, besonders wenn man bedenkt, dass man diese Heilstätten erst in einem sehr vorgerückten Zustande des tuberculösen Processes aufzusuchen pflegt. Was man aber überhaupt unter Heilung eines Schwindsüchtigen zu verstehen hat, wollen wir uns klar zu machen suchen an der Krankengeschichte des Geheimrathes Dettweiler, die ich zu veröffentlichen das Recht erhalten.

Krankengeschichte: D. ist 58 Jahre alt. Vater mit 39 J. an Schwindsucht gestorben. Mutter an Bronchiectasien mit Haemoptoe leidend. Mit 17 Jahren als Student im Jahre 1859 nach Durchnässung an rechtseitiger chron. Pleuritis erkrankt. 1860 Haemorrhagie. 1863—64 ziemlich gebessert. 1866—67 Tuberc. Cavernenbildung in der rechten Lungenspitze. Herbst 1867 Haemorrhagie, die mit Ausnahme von 14 Tagen $6^1/_2$ Monate dauerte. Im Mai 1868 in Görbersdorf. Grossartige Besserung in 3 Monaten. Ausheilung des Processes in der rechten Lungenspitze bis auf einen kleinen Rest. Im Herbst 1868 in Darmstadt Vorträge gehalten; wiederum Erkältung; Fieber. 7-stündiger Schüttelfrost. Pleuropneunomie. Aufenthalt in Görbersdorf. Assistent bei Dr. Brehmer. 1870 im Mai eine schwere Typhlitis durchgemacht. Im Sommer in den Krieg gezogen. Neue Blutungen. Pneumonie. 6 Wochen Aufenthalt in Görbersdorf, dann wieder in den Krieg. Auf dem Rückwege aus Frankreich Fieber, rechts oben Caverne. 1871 im April wieder in Görbersdorf. Schwerer Dienst. 1871—74 langsame Besserung. 1875 Pneumonie. Umzug nach Falkenstein. Ende Mai neue Blutungen,

[1]) Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke 1896.
[2]) Д. Лѣченіе чахотки. 1895 г.

1877 grosse Haemorrhagie. Im Februar mit einer Patientin nach Nervi gereist. Besserung. Arzt in Falkenstein. Neue Erkältung. Pleuropneumonie. 1878 elastische Fasern im Sputum. Wochenlanges Fieber 1883. Pleuritis exsudativa sinistra. Exsudat resorbirt. Häufiges Blutspeien. Fieber 1883 im Auswurf grosse Mengen Bacillen. 1884 keine Bacillen nachweisbar. Erkältung. Eitriger Auswurf. Bacillen. Seit 1885 keine Bacillen, öfter noch kleine Blutungen. 1896 keine Bacillen.

Vorliegende Krankengeschichte ist in vieler Beziehung höchst interessant. Sie zeigt vor allem, welche grosse Vortheile die hygienisch-diätetische Behandlungsmethode besitzt, wenn man nur die nöthige Energie hat, sie durchzuführen. Volles Lob gebührt unstreitig einer Behandlungsmethode, die einem Kranken so weit aufzuhelfen vermag, dass er im Stande ist über 40 Jahre leidend, so Grosses auf dem Gebiete der hygienisch-diätetischen Behandlung der Lungenschwindsucht zu leisten, vor allem für die armen und ärmsten Schichten der Gesellschaft, — wie Dr. Dettweiler es gethan! Die Krankengeschichte zeigt aber auch wie wenig Werth man bei der Behandlung der Krankheit nur auf den Befund der Bacillen im Sputum zu legen hat. Nicht der Befund von Bacillen, sondern das Aufhören des Fiebers, des Nachtschweisses, der catarrhalischen Processe in den Lungen und dabei die wiedergewonnene Verdauung, mit einem Worte Wiederherstellung der Kräfte bei Körpergewichtszunahme ist der Maasstab, auf den wir allein bei Beurtheilung von Heilungen zu achten haben. Volle Genesung jedes Mal zu constatiren ist übrigens äusserst schwer und wir können niemals mit ganzer Sicherheit sagen, ob sie erreicht worden ist. Bollinger hat z. B. gefunden, dass Bacillen in Bronchialdrüsen bis zu 20 Jahren latent zurückgeblieben sind, ohne ihre Virulenz verloren zu haben. Findet man somit bei einem Patienten Bacillen im Sputum, so ist durch diesen Befund nicht gesagt, dass er nicht gesund werden könne. Schwindsüchtige können 6 Wochen, können aber auch bis 60 Jahre leben, oder auch ganz genesen!

Der Fall Dettweiler erregt unser Interesse auch in Betreff der Frage über Heredität und Infectiosität der Schwindsucht.

Nachdem durch Koch im Jahre 1881 der Tuberkel-Bacillus entdeckt und derselbe für den Erreger der Schwindsucht erklärt worden, schien die Erfahrungsthatsache von der Erblichkeit der Schwindsucht durch die Bacillentheorie unhaltbar geworden zu sein «Der innige Contact des Säuglings mit einer kranken Mutter, Amme, oder Wärterin, die Küsse eines tuberculösen Vaters, die Verunreinigung der Nahrung des Kindes mit Tuberkel-Bacillen, die bacilläre Infection von Wunden — das alles schienen Wege der Infection zu sein, denen gegenüber der hülflose Säugling widerstandslos unfähig sich verhält, um so mehr, je schwächlicher und resistenzunfähiger sein Organismus ist.» (Ziemssen[4]) Dazu kommt noch die Tuberculose im Kindesalter. Der Bacillus braucht nicht gleich beim Eindringen in den Organismus Tuberculose zu erzeugen, er kann Jahre lang im Körper, namentlich in den Drüsen sitzen, um bei Infectionskrankheiten oder traumatischer Gelegenheit in die Blut- oder Lymphbahn zu gelangen und dann allgemeine Tuberculose zu erzeugen. Bollinger hat Gelegenheit gehabt in den Leichen Masernkranker, Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen nachzuweisen, obwohl die betreffenden Kinder vorher gesund gewesen sind. «So einleuchtend vom theoretischen Gesichtspunkte indessen diese Wege der tuberculösen Infection erscheinen, so muss doch, vom praktischen Erfahrungsstandpunkte aus, ihr Einfluss als nicht sehr bedeutend bezeichnet werden. Das lehren die Ergebnisse der Sammelforschungen, das lehrt die tägliche Erfahrung des praktischen Arztes. Die Uebertragung der Tuberculose von den Kranken auf andere, mit denselben zusammen lebende Personen, besonders auf den Ehegatten resp. Ehegattin, auf das Pflege- und Dienstpersonal ist doch so ausserordentlich selten, dass es mit der direkten Infectiosität der Tuberculose von Mensch zu Mensch nicht so schlimm stehen kann, als man es sich hie und da theoretisch zurecht gelegt hat.» (Ziemssen.)

Zur Lösung der wichtigen Frage, ob die Schwindsucht eine rein erbliche oder eine rein ansteckende Krankheit sei, hat Riffel[5]) eine neue Forschungsmethode gewählt. Grosse Städte und Krankenhäuser, mit ihrem aus allen Weltgegenden zusammengeströmten Menschenmaterial, schienen ihm nicht besonders geeignet zur Gewinnung genügend sicherer Aufschlüsse über die Entstehung von Krankheiten. Riffel wählte zu diesem Zweck einen kleinen Ort mit 1200 Einw. und fertigte nach amtlichen Berichten Tabellen an, wonach er die Todesursache in den einzelnen Familien verfolgen konnte. Seine wichtigsten Schlussfolgerungen lauten: Schwindsucht ist nicht ansteckend, sie ist erblich. Jedes Mal, wo die Schwindsucht in einer Familie durch Heirath auftritt, vererbt sie sich direct auf einzelne Individuen, zuweilen eine Generation verschonend. Nachkommen schwindsüchtiger Eltern gehen vielfach an Tuberculose zu Grunde, wenn sie auch das Elternhaus ganz gesund verlassen haben. Eine Uebertragung der Schwindsucht von Person auf Person oder durch Wohnungen, Mobilien hat er nicht constatiren können. So ist beispielsweise die Wohnung, welche eine Familie über 30 Jahre inne gehabt hatte, und in welcher von 1846—57, ausser einer Anzahl Kinder, fünf Erwachsene an lange dauernder Schwindsucht gestorben waren, sofort nach dem 1857 erfolgten *Tode* des letzten Schwindsüchtigen, von einer zahlreichen Familie bezogen worden, ohne dass auch nur eine Spur von Desinfection vorgenommen wurde, wobei man nicht vergessen darf, wie sanitätswidrig die Bauernhütten gehalten werden. Die Familie wohnt heute noch in demselben Hause, aber an Schwindsucht ist Niemand gestorben

Gabrilowitsch[6]) kommt in seiner letzten Arbeit zum Schluss, dass nur die Praedisposition zur Schwindsucht vererbt wird und dass sich im geschwächten Organismus, nur in Ausnahmefällen, Tuberculose entwickelt. Die Vererbung der Disposition zur Schwindsucht scheint Gabrilowitsch leicht erklärbar nach den embryologischen Studien von Weissmann[7]).

v. Baumgarten[8]) und viele andere Autoren sprechen von einer hereditären haematogenen Infection. In der Veterinärmedicin sind es keine seltenen Fälle, in denen mit Sicherheit eine intra-uterine Infection nachgewiesen werden konnte, d. h. Bacillen im Foetus von kranken Thieren.

Das sind die herrschenden Anschauungen über die Heredität der Schwindsucht, und da keine von ihnen vollkommen einwandsfrei ist, so müssen wir gestehen, dass die Worte Ziemssen's aus dem Jahre 1887 noch bis jetzt in Kraft geblieben. «Wir müssen für die Entwickelung der enormen Häufigkeit der Tuberculose bei der Descendenz von Tuberculose zunächst noch an der Erblichkeit festhalten und von der weiteren Entwickelung unserer Wissenschaft Aufklärung über die vielen dunklen Punkte in der Erblichkeitsfrage erwarten.»

So wenig uns also die Wissenschaft bis jetzt über die Frage der Heredität der Schwindsucht volle Klarheit gebracht, so wenig kann auch der Tuberkel-Bacillus, wie

[4]) Z. Klin. Vorträge. 1887.

[5]) R. Die Erblichkeit der Schwindsucht. 1891.
[6]) Чахотка и основы ея лѣченія. 1896 г.
[7]) Keimplasma. 1892.
[8]) v. B. Jahresbericht. IX. Jahrgang. 1893.

Virchow sagt, das ganze complicirte Bild der Schwindsucht erklären. So viel scheint nur festzustehen, dass der Tuberkel Bacillus mit der Athemluft der Kranken nicht verbreitet wird, sondern dass der Auswurf der hauptsächlichste Träger und Verbreiter des Bacillus ist. Ferner wissen wir, dass der Tuberkel-Bacillus Tuberkel erzeugt, aber experimentel, giebt Koch selbst zu, hat man niemals das Bild der Schwindsucht, wie man es beim Menschen findet, erzeugen können, d. h. caseöse Pneumonie, Peribronchitis, acute und chron. Miliartuberculose mit Cavernenbildung und Bronchiectasien. Es giebt viele Fälle, wo man während der ganzen Krankheit, trotz sorgfältiger mikroskopisch-chemischer Untersuchungen, niemals Bacillen gefunden, so dass man an Schwindsucht sterben, ohne Bacillen, ohne Tuberculose gehabt zu haben und umgekehrt, an reiner Tuberculose erkranken kann, ohne schwindsüchtig zu sein. Die Tuberculose scheint nur eine Theilerscheinung des complicirten Bildes der schwindsucht zu sein, allerdings aber sehen wir sie in der Mehrzahl der Fälle, sich der Schwindsucht hinzugesellen oder, nach der Baumgarten'schen Theorie, durch Vererbung auftreten.

Der Fall D. muss als hereditäre Schwindsucht aufgefasst werden, complicirt mit Tuberculose.

Heilung der Schwindsucht, wie wir gesehen, erzielen wir nicht in speciellem Klima, ebensowenig durch specifische Heilmittel, d. h. solche, die allein und für sich angewendet im Stande wären, die Krankheit zu heilen. Nur ein energisch durchgeführtes, hygienisch-diätetisches Regime — häufig in Verbindung mit medicamentöser Behandlung — ist im Stande die Krankheit zu heilen, und als Erster dieses Regime in einer Anstalt durchgeführt zu haben, ist das grosse Verdienst Brehmer's. Ausgehend von der Beobachtung dass im hohen Gebirge keine Schwindsüchtigen vorkommen, die Athmosphäre mikrobenfrei ist, die verdünnte Luft zur tiefen Lungenathmung anregt und somit das Lungengewebe und die Muskulatur des Herzens, vor allem des rechten, stärkt, errichtete Brehmer im Jahre 1859 in Schlesien in Görbersdorf, 1200 Meter hoch gelegen, seine Anstalt und bewies, dass die Schwindsucht nicht allein heilbar sei, sondern dass daselbst unter ärztlicher Disciplin, die besten Resultate erreicht würden. Sein Assistent Dr. Dettweiler gründete im Taunus, in der Nähe Frankfurt's in Falkenstein ein Sanatorium im Jahre 1873 und zeigte dass man nicht nur im Gebirge, sondern ausserhalb grosser Städte, in reiner Luft, dieselben Erfolge erzielen könne. Die in verdünnter Atmosphäre erzeugte, so wichtige tiefe Respiration ersetzte er durch consequent durchgeführtes tiefes Athmen in regelmässigen Zeitabständen; dazu kommt möglichst langer Aufenthalt im Freien, verbunden mit Hydrotherapie, die den Appetit gleichfalls reizen, das Nervensystem stärken, die Körperzunahme fördern und somit die Krankheit heilen.

Bei uns in Russland haben wir bis jetzt nur zwei Sanatorien, die ebenso, wie alle Sanatorien im Auslande, auf Brehmer-Dettweiler'schen Principien erbaut sind und erhalten werden. Das erste Sanatorium in Halila in Finnland hat Dr. Dittmann im Jahre 1883 gegründet, dasselbe ist dann im Jahre 1891 in den Besitz Seiner Majestät übergegangen und steht jetzt, bedeutend erweitert, unter Leitung von Dr. Gabrilowitsch. Im Jahre 1895 gründete Dr. Treu in Lindheim, in einer malerischen Gegend Livlands, 30 Werst von der Stadt Werro, das zweite Sanatorium in Russland.

Der Hauptgrund des langsamen Entstehens der Sanatorien, im Auslande wie bei uns, ist der grosse Kostenaufwand, den die Errichtung derselben mit sich bringt. Die erschreckend grosse Menge von Schwindsüchtigen fordert aber dringend eine grössere Verallgemeinerung des hygienisch-diätetischen Regimes und bevor wir die nöthige Anzahl von grossen Sanatorien besitzen, können wir viel Nutzen durch Errichtung von Haus-Sanatorien erwarten, die nicht viel zu stehen kommen und fast überall ins Leben gerufen werden können. Ueberfluss an frischer staubfreier Luft, Hydrotherapie, forcirte Nahrung bei psychischer und physischer Ruhe sind die Hauptbedingungen eines grossen Sanatoriums, wodurch unter streng ärztlicher Aufsicht der Körper gekräftigt und widerstandsfähig gemacht wird, die schon ausgebrochene Krankheit zu überwinden. Da nun nach den neuesten Erfahrungen, das Klima, sei es ein südliches, sei es ein Höhenklima, an sich keinen Heileffect ausübt, so lassen sich ja die obenangeführten Bedingungen leicht finden, und Haus-Sanatorien, ohne viel Schwierigkeiten einrichten, ebenso in einem kleinen wie grossen Hausstande, in Pensionaten und Internaten, wie in Hospitälern, dann auch bei grossen Fabriken mit ihrer grossen Zahl von Halbwüchslingen.

Wohl sind im Auslande, wie bei uns, Lungenkranke aufs Land geschickt und zuweilen Besserung, sogar relative Heilung gesehen worden, aber systematisch durchgeführtes hygienisch-diätetisches Regime, unter beständiger Leitung des Arztes hat bei der Mehrzahl der Kranken gefehlt. Die Haus-Sanatorien aber sollen voll und ganz den Hauptbedingungen der grossen Sanatorien entsprechen.

Das Militairhospital in Zarskoje-Sselo verfügt über eine grosse Anzahl von luftigen und grossen Zimmern. Anfang November vorigen Jahres bestimmte ich eines derselben, ein grosses nach Süden gelegenes Zimmer, zum Schlafgemach der Lungenkranken und ein ähnliches zum Aufenthalte am Tage. Das Schlafzimmer, von 85 qm. Bodenfläche, erhielt vier grosse Tannenbäume — Tannenbäume mit etwas Wurzeln und einem Durchmesser des Stammes von 4—5 Ctm. sind die geeignetsten— die in Kübel mit nassem Sande gesteckt, circa 6 Wochen das Nadellaub behielten. Allabendlich wurden die Bäume, sobald der Tannenduft schwach wurde, mit einer Lösung von Ol. Pini silv. 10,0 Ol. Terebinthin. pur. 30,0 Aq. font. 300,0 pulverisirt. Die Temperatur im Schlafzimmer wurde auf 8—10 Grad, im Aufenthaltszimmer — wo zwei Tannenbäume standen — auf 12—14 Grad gehalten. In Abwesenheit der Kranken wurden die Räume energisch gelüftet. Des Abends wurden die Patienten je nach ihrem Zustande, entweder mit ihren Betten ins Schlafzimmer hineingetragen oder in die dort vorhandenen frischen Betten placirt und am Morgen im Schlafzimmer oder Badezimmer trocken oder feucht abgerieben, was eine ganz vorzügliche Wirkung ausübte. Ueberhaupt spielt die Hydrotherapie bei der Behandlung eine hervorragende Rolle. Winternitz fand, dass die Hydrotherapie die Wirkung der Phagocytose sichtlich vergrössert. Nachdem die Kranken am Morgen Milch oder Hafergrütze erhalten, machten die Kräftigeren eine Promenade im Corridor, wobei ihnen angeordnet wurde durch die Nase zu athmen, während die Schwächeren in die Aufenthaltszimmer gebracht, in bestimmten Zwischenräumen tiefe Athmungen auszuführen hatten. An windstillen Tagen wurde den kräftigeren Patienten gestattet, in dem Hospitalhofe zu promeniren, selbst wenn die Kälte auch 15 Grad betrug. Ausser der gewöhnlichen Hospitalkost erhielten die Kranken, nach Verordnung Wein, Fleischzulagen, Eier und Milch in grossen Mengen, aber alles in dem Maasse, dass der Magen bei jeder Mahlzeit nicht überladen wurde, also nach Zwischenräumen von 3—4 Stunden. Auf Reinlichkeit und Sauberkeit und systematisches Ventiliren wurde nicht

nur in diesen Zimmern, sondern auch im ganzen Hospital aufs strengste geachtet. Spucknäpfe fehlten nirgends.

Das ist in Kürze die Behandlungsmethode unseres Haus-Sanatoriums gewesen und wenn wir keine absoluten Heilungen zu constatiren haben, so sind wir doch mit unseren Resultaten relativer Heilungen zufrieden geblieben und sind zu der Ueberzeugung gekommen, dass auch im Hospital eine grosse Anzahl relativer Heilungen erzielt werden könne, wenn uns nur die Kranken in weniger desolatem Zustande zugestellt werden würden. Absolute Heilungen im Hospital zu erzielen ist gleichfalls nicht auszuschliessen.

Vom November bis zum Mai Monate kamen 28 Kranke zur Behandlung, von diesen starben 6 und im Hospital verblieb 1. Bei 7 Kranken konnte nur eine leichte Besserung constatirt werden, bei 14 Patienten aber stellte sich guter Appetit ein, das Körpergewicht nahm zu und der Organismus wurde kräftiger und widerstandsfähiger, mit einem Worte, sie konnten als relativ geheilt entlassen werden.

Unsere Kranken wurden alle, laut Gesetz, aus dem Dienst entlassen, nachdem sie nun gelernt welche Vortheile das hygienisch-diätetische Regime bietet und wie wenig schwer es ist, dasselbe auch in der Heimath weiterzuführen; ausserdem ist ihnen klar gemacht, welche schlimme Folgen eine unachtsame Behandlung des Sputum nach sich ziehen kann. Das Haus-Sanatorium hat also ausser relativen Heilungen auch pädagogische Ziele zu erfüllen gewusst, und gereicht somit nicht nur dem Kranken zum Nutzen, sondern auch indirect der Bevölkerung, in die er heimkehrt und wo er für seine Behandlungsmethode gewiss propagandiren wird. Sollte nun das Haus-Sanatorium in allen Militär-Hospitälern eingeführt werden, so wird man unzweifelhaft ein gut Theil an dem Humanitätswerke, für die Hebung der Volksgesundheit beitragen!

Für wenig Bemittelte liessen sich Haus-Sanatorien in Familien einrichten, wodurch zugleich eine Quelle zum Erwerb sich öffnet. Nachdem es erwiesen, dass Schwindsucht durch Athmungsluft nicht verbreitet wird, ist ja auch die Zeit vorüber, sagt v. Leyden[9]), wo jeder Schwindsüchtige für den Nachbar als eine grosse Gefahr erschien, die man streng vermeiden müsse; ausserdem sind die nöthigen sanitären Maassregeln nicht schwer durchführbar, namentlich für die leichteren Fälle. Eine gesunde Gegend, ein, mit der Hauptfronte nach dem Süden gelegenes Gebäude, staubfreie Luft Schutz, womöglich durch Fichtenwald gegen Nord- und Ostwinde, würden sich leicht an vielen Orten, auch in der Nähe von Städten, geschweige denn auf dem Lande finden Beachtet muss jedoch bei der Einrichtung werden, dass jedes Einzelkrankenzimmer circa 50 Cbm. enthalten muss.

Grosse Vortheile können wir erwarten von Haus-Sanatorien in Cadettencorps, Knaben- und Mädchen-Pensionaten, die bereits den Vorzug haben unter beständiger ärztlicher Leitung zu stehen. Anaemie, Bronchitis, Gastritis bei beginnender Abmagerung muss ja stets uns mahnen die Lungen der Jugend sorgfältig zu untersuchen, und das Auftreten eines an einer Stelle fixirten scharfen Respirationsgeräusches (Grancher) muss uns zum sofortigen Handeln veranlassen, auch wenn keine hereditäre Anlage zu constatiren ist. Ein Aufenthalt von 6 bis 12 Wochen im Haus-Sanatorium des Pensionats wird dann gewiss so manches junge Leben retten, es bereits im frühesten Alter kräftigen und damit auch auf die Nachhommenschaft günstig einwirken.

Nicht nur humane, sondern häufig auch rein egoistisch-ökonomische Rücksichten müssten viele Fabrikbesitzer veranlassen bei sich in ihren Hospitälern, Haus-Sanatorien ins Leben zu rufen. Es handelt sich häufig nicht nur ein Leben zu retten, sondern auch so manches Talent für die Fabrik zu erhalten. Die Einrichtung von Haus-Sanatorien könnte auf diese Weise zum Theil die Volks-Sanatorien ersetzen, für die auf Dr. Dettweiler's Initiative im Auslande und auch bei uns in Russland mit Recht lebhaftes Interesse an den Tag gelegt wird.

So wünschenswerth es ist Haus-Sanatorien stets ausserhalb der Stadt oder in den Bergen in frischer freier Luft — ebenso wie die grossen Sanatorien — ins Leben zu rufen, so ist das leider nicht immer möglich, wobei es manchmal recht schwer wird die Luft in den Zimmern durch Heizung und verschiedene andere Vorrichtungen frisch und staubfrei zu erhalten. Sehen wir jedoch in einem Hausstande das Dienstpersonal in Sauberkeit und Reinlichkeit leben, so können wir mit voller Zuversicht daselbst ein Haus-Sanatorium einrichten und auf eine günstige Wirkung desselben rechnen. Das sicherste Kriterium einer reinen Luft bleibt doch immer der CO_2-Gehalt derselben. Jedem ist ja bekannt, wie schnell die Luft in einem überfüllten Concert- oder Sitzungssaal unerträglich wird, wo der CO_2-Gehalt auf 3—5% steigen soll! Bleibt die Luft trotz guter Ventilation dennoch nicht ganz mikrobenfrei, so besitzen wir ja noch in den Schleimhäuten des Mundes und namentlich der Nase bactericide Eigenschaften, die glücklicherweise recht bedeutend sind.

Sehr bemerkenswerth ist eine Aeusserung des Prof. v. Leyden über den Einfluss der Luft, die er in der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gethan: «Die Berliner Luft wird allzu ungünstig beurtheilt. Es handelt sich darum, ob sie nicht zuviel Staub enthält. Allein wenn viele bekannte Curorte der Riviera und des Genfer-See's von Staub wimmeln, ohne die Kranken abzuschrecken, so wird es die Berliner Luft auch nicht thun. Im Uebrigen bin ich bezüglich der besonderen Heilwirkung einer guten Luft ziemlich skeptisch. Die medicinisch-therapeutische Werthschätzung der Luft ging von England aus, zu einer Zeit, als man die Ursachen von Infections- und epidemischen Krankheiten in der Luft des Wohnortes und seiner Umgebung suchte. Heute wissen wir, dass die Luft an sich wenig Krankheitskeime enthält und dass sie auf die in den Körper schon eingedrungenen Keime weder einen merklich günstigen noch ungünstigen Einfluss ausübt. Koch hat durch Experimente erwiesen, dass Meerschweinchen mit Tuberkel-Bacillen geimpft, im Keller des Berliner Instituts ebenso lange lebten wie andere, welche nach Davos geschickt wurden. Die Krankheit ist an beiden Orten gleich verlaufen. Gute Luft ist erfrischend; kühle Luft, Gebirgsluft ist erquickend, aber sie gehört nicht zu den besonderen Heilmitteln der Krankheiten.»

Zarskoje-Sselo. Im Juni 1896.

Referate.

Dr. Julius Grósz. Beiträge zur Pathogenese, Prophylaxe und Therapie des Soor bei Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilkunde Bd. XLII. Heft 2. Juni 1896.

Der Soor bei Neugeborenen ist eine relativ häufige Krankheit und da wohl jeder Arzt damit von Zeit zu Zeit zu thun hat, so erscheint uns ein ausführlicheres Referat der Arbeit von Grósz, die allgemeines Interesse besitzt, für unsere Zeitschrift gerechtfertigt.

Die Sporen des Soorpilzes befinden sich in der Luft, durch welche sie in die Mundhöhle des Säuglings gelangen, sie besitzen eine gewisse Stabilität, wenn man sich so ausdrücken darf; denn es ist allgemein bekannt, dass sich Soor aus den Anstalten, wo er sich einmal eingenistet hat, schwer auszurotten ist. Selbstredend geschieht so ein Auffiackern einer Soorhaus-

[9]) v. Leyden. Die Versorgung tuberculöser Kranken. 1894.

epidemie meist unter vorhandenen hygienisch ungünstigen Verhältnissen. In den ersten Lebenstagen vollzieht sich beim Neugeborenen eine physiologische Desquamation der Lungenepithelien und der Epithelien der Mundschleimhaut, welcher Umstand nach Grósz und vielen andern schon einen günstigen Boden abgiebt für die Ansiedelung des Soorpilzes. Andere Forscher erachten eine Infection für möglich nur bei Vorhandensein einer Verletzung oder eines Katarrhs der Mundschleimhaut. Soor kann ohne irgendwelche andere Krankheitssymptome verlaufen; gesellt sich jedoch häufiger hinzu zu Dyspepsien oder zieht auch seinerseits Verdauungsstörungen nach sich. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen möchte sich Verf. gegen die aus prophylactischen Rücksichten, um vor der Erkrankung an Soor zu schützen, vorgenommenen Mundwaschungen aussprechen, dagegen aber sehr für die Mundpinselungen plaidiren, von welchen er sehr gute Erfolge gesehen hat. Bei Mundwaschungen, bei denen gewöhnlich ein umwickelter Finger in die Mundhöhle des Säuglings eingeführt wird, kommt es zu Verletzungen der Schleimhaut, Aphtenbildung und dadurch häufig zu secundären Infectionen des kindlichen Organismus. Hauptbedingung ist ja in jedem Falle Reinlichkeit, daher ist in prophylactischer Beziehung der Mutter dringend anzurathen vor dem Säugen und nach demselben die Brustwarze mit einem leichten Desinficiens zu reinigen. Die vom Verfasser mit Erfolg angewandten prophylactischen Pinselungen werden folgendermaassen vorgenommen: Täglich einmal werden Pinselungen mit 1% Argentum nitricum Lösung gemacht mit einem weichen, feinhaarigen Pinsel, der nach jedem Gebrauche sorgfältig reingewaschen und abgetrocknet werde. Nachdem mit einem reinen Spatel die Zunge des Säuglings etwas heruntergedrückt worden ist, berührt man mit dem Pinsel die Zungenspitze; der Spatel wird alsdann herausgezogen, und das Kind macht Saugbewegungen und drückt auf diese Art den Pinsel aus. Dadurch wird das Argentum nitricum mit beinahe sämmtlichen Theilen der Mundschleimhaut in Berührung gebracht. Diese Pinselungen alteriren nicht im mindesten das Allgemeinbefinden des Säuglings, der sich meist ruhig verhält.

Die Mundpinselungen bei Soor zum Zwecke der Therapie wurden in derselben Weise einmal täglich vorgenommen, nur wurde hier eine 3% Lösung von Argentum nitricum genommen. Keinerlei nachtheilige Nebenwirkungen konnte Grósz bei derartiger Behandlungsweise beobachten und erklärt sich die Heilwirkung, die am 3. bis 5. Tage zur vollen Geltung kam auf diese Weise, dass erstens Argentum nitricum durch seine antimykotische Eigenschaft vernichtend auf die Sporen und die Soorpilze selbst einwirkt, zweitens aber auch chemisch eine Coagulation des Schleimhautepithels zu Stande kommt, dadurch oberflächliche Verschorfung und Abstossung der krankbefallenen Partien, unter welchen eine absolut reine, intacte Schleimhaut zum Vorscheine kommt. Aus allen diesen Gründen und weil auch namentlich keine Schleimhautverletzungen bei Pinselungen vorkommen, das Verfahren einfach ist und bald Heilung eintritt möchte Verfasser zum Schlusse nochmals den Vorzug der Pinselungen vor den Mundwaschungen betonen.

Hecker.

B. v. Beck: Ueber Punction der Gehirnseitenventrikel. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, Band I, Heft 2).

In der Heidelberger chirurgischen Klinik wurden im Verlaufe der letzten 2 Jahre bei folgenden 3 Patienten Ventrikelpunktionen ausgeführt:

1) 14-jähriger Knabe mit akutem Hydrocephalus internus nach chronischer Otitis media dextra; Meningitis serosa; dreimalige Punction des Gehirnventrikels. Heilung.

2) 7-jähriger Knabe mit traumatischem Stirnhirnabscess nach Fractura ossis frontis, Incision, diffuse eitrige Meningitis, akuter Hydrocephalus internus, einmalige Punction des Gehirnseitenventrikels, Heilung.

3) 13-jähriges Mädchen mit Kleinhirntumor, Hydrocephalus internus, dreimalige Punktion des linken Hirnventrikels, Besserung.

Für dieselben Krankheitsformen mit consecutivem Hydrops der Ventrikel hat Quincke im Jahre 1891 als Entlastungstherapie des Gehirns die Punction des Duralsackes des Rückenmarkes empfohlen. Diese Therapie hat anfangs als scheinbar einfacher Eingriff viele Anhänger gefunden, in den letzten Jahren aber wurden die therapeutischen Erfolge mit dieser Methode besonders von Fürbringer, Lichtheim, Stadelmann in Frage gestellt und besonders vor deren Anwendung bei Hirntumoren gewarnt. Die Lumbalpunction kann dabei zu einer arteriellen Fluxion Veranlassung geben, die sich auch auf das Gehirn fortpflanzt, dort eine vermehrte Transsudation bei schon vorhandener venöser Stauung erzeugt und den Hydrocephalus noch vermehrt. Es wird daher stets die directe Ventrikelpunction eine ausgiebigere und von Erfolg mehr begleitete therapeutische Maassregel sein und die Lumbalpunction nur als Nothbehelf angesehen werden müssen. Was nun die Ausführung der Punction und der ihr natürlich vorangehenden Trepanation betrifft, so hängen Ort und Stelle des Eingriffes ab von dem Sitz der primären Ursache des Hydrocephalus. Man wird bei Meningitis nach Otitis media stets den Proc. mastoideus aufmeisseln, den Sinus transversus freilegen, die angrenzenden Gehirntheile auf Complicationen hin untersuchen und vom Temporalhirn aus die Punction des Seitenventrikels vornehmen. Beim Anschluss des Hydrocephalus nach Traumen des Kopfes trepanirt man an der Verletzungsstelle und bei Hirntumoren geht man in der Gegend des vermutheten Tumorsitzes ein, um sich die Geschwulst wenigstens zu Gesicht zu bringen und zu entscheiden, ob Radikalentfernung möglich ist oder nur palliative Ventrikelpunction angezeigt erscheint. Bei Meningitiden, bei denen eine solche Eintrittspforte noch nicht angedeutet ist hat man die Wahl, entweder an der Stirn oder im Bereiche des Hinterhauptes einzugehen, oder die Kocher'sche Trepanationsstelle für Ventrikeldrainage, 3 Cm. vor der Präcentralfurche und 2,5 Cm. lateral von der Medianlinie zu benutzen. Die Trepanation geschieht am besten osteoplastisch mit Anlegung einer Einkerbung am Knochenlappenrand in der Nähe der Punctionsstelle für den Fall der Wiederholung der Punction. Der grössere operative Eingriff ist natürlich die vorausgehende Trepanation. Die Wiederholungspunctionen sind dann stets einfache, leichte Eingriffe, mit aseptischem Instrument ausgeführt ungefährlich, und bewirken bei Hirntumoren eine erhebliche Erleichterung der subjectiven Beschwerden, während sie bei entzündlichen Processen im Stande sind, indirekt dieselben im Fortschreiten zu hemmen oder gar zur Ausheilung zu bringen.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Französisch für Mediciner, von Dr. med. E. Olivier und Dr. med. R. Sigismund. Leipzig. Paul Spindler,

Englisch für Mediciner von John Haclesy, M. D. und Dr. med. R. Sigismund. Ibidem.

Mehr denn je muss heutzutage nicht nur von jedem gebildeten Menschen, sondern besonders auch vom Mediciner Kenntniss der europäischen Cultursprachen verlangt werden. Wer nicht im Stande ist, die reiche französische und englische medicinische Literatur im Original zu verfolgen, darf sich wohl kaum rühmen sein Fach vollständig zu beherrschen. Die beiden oben genannten Bücher dürften zur Verbreitung speciell medicinischer Sprachkenntniss erheblich beitragen, wenn sie auch natürlich nicht erschöpfend sind. Sie setzen allgemeine Kenntniss der Sprache voraus und bieten nur, was für den Arzt zum Lesen der Fachjournale und zum Verkehr mit seinen Patienten praktisch besonders wichtig ist: ein medicinisches Wörterverzeichniss, eine grosse Reihe von ausführlichen Gesprächen zwischen Arzt und Patient über verschiedene häufigere Krankheiten und ein Verzeichniss der wichtigsten anatomischen Benennungen. Dem Englischen sind recht gute Bezeichnungen der Aussprache von C. Just beigegeben. Willkommen sind die Angaben über französische und englische Maasse, Gewichte und Thermometerskalen und Verzeichnisse der medicinischen Journale. Der von P. von Melingo verfasste Abschnitt über französische sociale Zustände, speciell das Pariser Leben sind ganz interessant, gehören aber kaum in ein medicinisches Wörterbuch. W.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. Dritte Auflage. Band VII. Wien und Leipzig; Urban und Schwarzenberg. 1895.

Dieser Band enthält die Artikel Endocarditis bis Fissura. Eine ganze Reihe hervorragender Arbeiten, die oft den Charakter vollständiger Monographien tragen, sind von allgemeinem Interesse; besonders wären zu nennen die Artikel: Entzündung (Ziegler), Ernährung (Löbisch), Epilepsie (Halban) und Fieber (Samuel). Ausstattung, Druck, Illustrirung sind die altbewährten und altberühmten. W.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. Januar 1896.

1) Dr. v. Bergmann stellt 2 Kinder vor. Das eine hatte er wegen Wolfsrachen, das andere wegen Spaltung des weichen Gaumens operirt.

Beide kleine Patienten haben nachher von Herrn Sprachlehrer Vielrose Sprachunterricht gehabt. Vortrag. hat letzteren gebeten in der Sitzung beide Kinder zu demonstriren. Herr Vielrose hatte dieser Aufforderung in liebenswürdiger Weise entsprochen und führte an den beiden Kindern seine Methode des Leseunterrichts sowie Sprach- nebst Athmungsgymnastik vor.

Die Resultate waren in beiden Fällen vorzüglich.

Der Präses dankte Herrn Vielrose für die interessante Demonstration.

Dr. Voss: Die Operation des Wolfsrachens ist erst in den letzten 10 Jahren mehr in Aufnahme gekommen. bis dahin begnügte man sich mit einer Prothese. Ein sehr wesentlicher Punkt bleibt aber stets in jedem Falle ein sorgfältiger Sprachunterricht; dieser ist auch nach der gelungensten Operation unerlässlich. Letzterer empfiehlt sich auch bei Kindern die an Sprachgebrechen leiden, die aus anderer Quelle stammen, bei adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume oder Fehlern, die auf liederliches Sprechen zurückzuführen sind

2) Dr. Rulle. Schluss seines Vortrages «Bemerkungen über die Athmung».

(Ist in dieser Zeitschrift im Druck erschienen).

3) Dr. Heerwagen verliest seinen angekündigten Vortrag «Ein Fall von Vergiftung durch Leuchtgas». In einem Hause, welches keine Gasbeleuchtung hatte, herrschte in einer Parterrewohnung ein eigenthümlicher Geruch. Die Bewohner derselben wiesen eigenthümliche, an Kohlenoxydvergiftung erinnernde Erscheinungen auf. Kopfschmerzen, Blässe, Schwindel — ja in einer Nacht war es zu schwerem Coma gekommen. Mehrere zu Rathe gezogene Aerzte kamen über die Ursachen der Erkrankung und den fremdartigen Geruch nicht in's Reine. Da angenommen wurde, dass die Krankheitsursache im Hause selbst oder in der Oertlichkeit zu suchen sei, wurde Redner hinzugebeten, dem der Geruch durch Leuchtgas hervorgerufen zu sein schien. Er liess die Kranken zunächst aus ihrer Wohnung schaffen und das zunächst gelegene, etwa 3 Faden entfernte Gasrohr aufgraben: dasselbe war geborsten, der Boden war weithin mit Leuchtgas imprägnirt. Das Gas war somit 21 Fuss weit durch den Erdboden und das Fundament des Hauses gedrungen und hatte auf diesem langen Wege nichts von seinem characteristischen Geruch eingebüsst und seine Giftigkeit behalten. Nachdem das Rohr reparirt worden war, blieb die genannte Wohnung leer und wurde daher auch nicht geheizt. Jetzt trat der üble Geruch, wenn auch bedeutend schwächer in der benachbarten Parterrewohnung auf. Das Gasrohr war sicher intact. Starkes Heizen brachte den Geruch zum Verschwinden. Damit war der Beweis geliefert, dass die nächst gelegene warme Wohnung das im Boden aufgespeicherte Gas aspirirte.

Redner schliesst daran Mittheilungen über ähnliche Fälle in der einschlägigen Literatur und erörtert theoretisch die hier in Frage kommenden physikalischen und chemischen Verhältnisse.

4) Dr. Bernsdorff theilt die Vorgeschichte im eben von Dr. Heerwagen referirten Falle mit: Ende November vorigen Jahres wurde ich 7 Uhr Abends zu zwei Damen gerufen, die unter schweren Vergiftungserscheinungen in der vorigen Nacht erkrankt waren. Am Morgen dieses Tages war es den Miteinwohnern aufgefallen, dass die beiden alleinwohnenden Damen, gegen ihre sonstige Gepflogenheit die Fensterläden nicht geöffnet hatten. Da Klopfen und Rütteln an der Thür vergeblich war, so wurde Verdacht geschöpft und die Thür forcirt. Beide Damen lagen in ihren Betten in tiefster Benommenheit und reagirten weder auf Zurufen, noch auf anderweitige Manipulationen. Ein geholter Arzt erklärte die Symptome, als durch Kohlendunst bedingt und ordnete sofort Oeffnen der Fenster an, neben rationellen Wiederbelebungsmitteln, reizende Klystiere, Senfteige, Ammoniak etc. Da der Zustand der Kranken sich zunächst nicht besserte, so wurde im Laufe des Tages ein zweiter Arzt hinzugebeten, der sich gleichfalls für den Verdacht auf Kohlendunst aussprach.

Bei meinem Eintreffen war die eine Kranke kurz vorher erwacht. Sie vermochte wegen Benommenheit nur schwer die an sie gestellten Fragen zu beantworten, konnte sich auf Nichts besinnen und klagte über Kopfschmerzen, grosse Schwäche und Schwindel. Die zweite Kranke lag noch immer comatös da; Cornealreflex vorhanden, Puls klein, verlangsamt, Athmung tief, langsam, Pupillen sehr eng. Erbrechen war bei beiden Kranken nicht beobachtet. Eine Vergiftung durch Speisen etc. schien demnach ausgeschlossen. Da mehrere Stunden hindurch die Fenster geöffnet waren (Aussentemp. ca. —12° R.) so schob ich das Unvermögen etwas vom Kohlendunst zu verspüren zunächst hierauf; die Miteinwohner des Hauses geben zudem an, auch am Morgen dieses Tages nichts von dem so characteristischen Kohlendunst verspürt zu haben.

Nach fortgesetzten Belebungsversuchen kam auch die zweite Kranke zu sich. Am nächsten Tage waren die in ihren Betten mit Pelzen zugedeckten Kranken noch recht matt, hatten heftige Kopfschmerzen schienen aber aller Lebensgefahr entrückt.

Erst am 3. Tage wurde wieder geheizt, am Abend desselben Tages musste die, die Kranken pflegende Schwester, wegen heftiger Kopfschmerzen ihren Dienst aufgeben. Da die beiden Patientinnen sich gar nicht erholen wollten und die Luft des Zimmers entschieden schädliche, von den Geruchsorganen zu constatirende Gase aufwies, so drang ich auf Räumung des Zimmers, ohne jedoch damit viel zu erreichen. Kohlendunst war sicher nicht vorhanden, ich möchte den Geruch am ehesten als einen süsslich-fauligen bezeichnen, Nach einer Woche waren die beiden Damen wieder eines Nachts unter schweren Symptomen erkrankt, konnten jedoch noch rechtzeitig von den nebenan wohnenden Leuten, die durch Klopfen an die Wand geweckt worden waren, aus dem Zimmer geschafft werden. Da ich zu keiner Diagnose kam, bat ich Dr. Heerwagen sich den Fall anzusehen, dank dessen Bemühungen das Krankheitsbild richtig gedeutet werden konnte.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 17. Januar 1896.

1) Dr. Holst legt der Versammlung ein Röntgen'sches Photogramm vor.

2) Dr. Simson demonstrirt die wohlerhaltenen Weichtheilkalotte eines Zeigefingers, die von der Spitze bis zur Basis des Gliedes reichend, alle Schichten des Gewebes nebst Beuge- und Strecksehnen enthält. Dieselbe stammte von einem Arbeiter, der sich durch die torquirende Gewalt einer Maschine diese Verletzung zugezogen hatte.

3) Dr. Berg II zeigte einen exstirpirten periurethralen Gang vor.

4) Dr. P. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den Auswurf beim Lungencarcinom. (Erscheint im Druck).

Dr. Miram: Wie ist die differentielle Diagnose zwischen Lungentumoren und solchen des Mediastinums zu stellen?

Dr. Hampeln: Meiner Erfahrung nach treten Lungenblutungen in der Regel nach directer Läsion der Lungensubstanz auf und werden nicht durch Compression des Lungengewebes durch extrapulmonale Geschwülste bedingt.

Dr. Tiling gegenüber hält er daran fest, dass die Diagnose des Lungencarcinoms nicht zu den besonders schwierigen Aufgaben gehöre, sie sei jedenfalls nicht schwerer als die Diagnose der Lungentuberculose, der Krebse innerer Organe oder des Ulcus ventriculi. Man verlasse sich nicht zu sehr auf die Seltenheit der Erkrankung!

Im Dresdener Krankenhause ist in 2% der Sectionsfälle Krebs der Lunge als Todesursache nachgewiesen worden. Im Rigaer Krankenhause sind allein im Jahre 1895 5 Fälle zur Obduction gelangt.

Dr. Miram: Fanden sich oft metastatische Tumoren?

Dr. Hampeln: In allen seinen Fällen hat er dieselben vermisst.

Dr. Otto Klemm bemerkt, ihm sei die Angabe von der häufigen Verkleinerung der erkrankten Lungenseite aufgefallen, da doch Thoraxectasie bei Lungencarcinom angegeben wird.

Dr. Hampeln: Allerdings findet sich häufiger die Angabe von Thoraxectasie bei Lungenkrebs, doch liege das in der unberechtigten Verallgemeinerung einer an sich sehr richtigen Einzelbeobachtung. Er hat häufiger Retraction. als Ectasie bei Lungencarcinom gesehen; bei Sarcom hingegen nur Ectasie des Thorax Uebrigens sei die Retraction von Alex. Fränkel und Gerhardt anerkannt und berücksichtigt worden. Als ihre Ursache habe in einem Theil der der Fälle die secundäre zur Schrumpfung führende Pneumonie, in einem anderen die auf Bronchostenose beruhende Atelectase zu gelten.

Auf die Anfrage Dr. Otto Klemms über die Beschaffenheit des Pleuraexsudats erwidert Dr. Hampeln, dass dasselbe sowohl serös, als auch hämorrhagisch, überhaupt aber stets sehr klein gewesen sei.

d. Z. Secretär Dr. Paul Klemm.

Sitzung am 7. Februar 1896.

Dr. P. Hampeln: Vorstellung eines Falles von Oesophago-Bronchialfistel.

Nach einleitenden Bemerkungen über Oesophagusstenosen und Perforationen des Oesophagus, mit einem seltenen, von ihm hier zum ersten Male beobachteten Ausgange in eine permanente Oesophagus-Bronchialfistel geht Vortr. zur Beschreibung des Falles über:

Pat. 45 a. n. ohne syphilitische oder tuberculöse Antecedentien, Raucher und Trinker, erkrankte 20 Tage vor seiner Aufnahme im Nov. a. c. an Schluckbeschwerden; die Speisen blieben angeblich eine Weile stecken, um dann weiter zu

gehen. Einige Tage später begann ein bis zur Aufnahme erhaltenes Regurgitiren des Genossenen unter gleichzeitigem Husten. Schwäche und Abmagerung in dieser Zeit.

Die Untersuchung ergab als einzige pathologische Veränderung, ein, übrigens auch mit grosser Olive zu überwindendes Hinderniss, 29 Cntm. von den Schneidezähnen entfernt, also ca. 6 Cntm. unterhalb der Bifurcationsstelle der Trachea. Beim Trinkversuch wurde die Flüssigkeit nach wenigen Secunden unter Husten regurgitirt, doch blieb es noch zweifelhaft, ob nicht der Husten nur eine reine Begleiterscheinung des Würgactes sei. Als aber auch genossene Milch unter Husten regurgitirte, trotzdem die Schlundsonde tief bis zur Cardia eingeführt war, konnte an der Anwesenheit einer Communication zwischen Oesophagus und den Luftkanälen, in diesem Fall eines Bronchus nicht mehr gezweifelt werden.

Vortr. wies darauf hin, wie Gerhardt und den Arbeiten seiner Schüler (Emminghaus, Martius) wesentliche Aufklärung über dieses Gebiet, die Luftdruckverhältnisse im Oesophagus und die daraus resultirenden, sinnreich erdachten Untersuchungsmethoden, zu verdanken sei.

1887 gelang es Martius durch graphische Darstellung die Luftdruckschwankungen im Oesophagus zu demonstriren.

1890 gab Gerhardt ein neues, einfacheres und völlig eindeutiges Verfahren an, das auch in diesem Falle zur Anwendung gelangte und vom Vortr. am Kranken demonstrirt wurde.

Es wird der Schlauch in den Oesophagus bis nahe an die Fistelstelle geführt, das freie Ende liegt unter Wasser, hierauf wurde der Pat. zu Pressbewegungen aufgefordert. Bei normalen Verhältnissen entweichen höchstens einige Blasen athmosphärischer Luft aus der Sonde, auch wohl gar nichts; im Falle einer bestehenden Fistel strömt die Lungenluft durch diese in die Schlundsonde und macht sich durch lebhaftes Sprudeln im Wasser bemerkbar. Ihr starker CO_2-Gehalt wurde durch rasche Trübung des benutzten Kalkwassers demonstrirt.

Die Frage nach der Natur des Leidens, das zu einer Fistel geführt hatte, glaubte Vortr. dahin beantworten zu müssen, dass es sich in diesem Falle wahrscheinlich um eine sogenannte secundäre Perforation des Oesophagus, ausgehend von einem vielleicht tuberculösen Abscess einer Bronchialdrüse handele, der dann andererseits in den Bronchus durchgebrochen wäre und so zur Communication geführt hätte. Tuberkelbacillen sind allerdings nicht nachgewiesen worden; der Lungenbefund, der bisherige Verlauf, der Sitz der Stenose in der Gegend der bronchialen Drüsen sprechen für die angegebene Aetiologie, während die Abwesenheit jeglichen Schmerzes, jeglicher Blutspur beim Sondiren, jeglichen Geschwulstpartikelchens trotz täglichen Sondirens, die primäre Entwickelung der Fistel ohne vorausgegangene Stenosenerscheinungen gegen Carcinom spricht; so sei denn in diesem Falle eine Genesung nicht ausgeschlossen. Pat. ist bisher im Krankenhause mit der Schlundsonde ernährt worden. Eine weitere Abnahme des Körpergewichts hat nicht stattgefunden.

2) Lumbalpunction an einem Knaben von 7 Jahren mit tuberculöser Pleuritis Es bestanden Convulsionen und Bewusstseinsverlust. Punction von 90 Cc einer wasserklaren Flüssigkeit, die sich im Strahl entleerte. Vortr. schliesst keine Bemerkungen an diesen Fall, er will nur zu Arbeiten resp. Mittheilungen über diese Frage anregen.

Dr. Paul Klemm: Wir müssen bei der Lumbalpunction. in Betreff der Wirksamkeit derselben zwei Punkte aus einander halten. Wir machen dieselbe 1) Zur Sicherstellung der Diagnose. Ein Vergleich der einschlägigen Fälle lehrt uns, dass in einer grossen Zahl derselben die Diagnose durch den Nachweis des Bacillenbefundes in der durch Punction entleerten Flüssigkeit ermöglicht wurde.

2) stellt die Punction einen nicht unwichtigen Factor in der Behandlung jener Zustände dar, die mit starker Vermehrung des Liquor cerebrospinalis einhergehen. Hier sind die Fälle von chronischer Meningitis tuberculosa ins Auge zu fassen. Es ist ja bekannt, dass im Verlaufe dieser Erkrankung häufig die Erscheinungen der Compressio cerebri einsetzen, abhängig von plötzlich auftretender vermehrter Druckspannung des Liquor. Hier drohen dem Leben des Kranken Gefahren die zunächst nicht direct von der Tuberculose des Gehirns abhängen, sondern auf die Druckwirkung der gespannten Flüssigkeitsmenge zu schieben sind, Die Punction kann hier ein direct lebensrettender Eingriff sein, zumal ja die Grundkrankheit der Ausheilung fähig ist.

Dr. Otto Klemm: schlägt folgenden Modus der Punction vor: Bei mehrfachen Punctionen hat sich bei ihm die Ueberzeugung gebildet, dass der jedesmalige Effect derselben ein zu geringer wäre; der Liquor ersetzt sich nur zu bald und damit treten auch wieder die Drucksymptome in Scene. Er will eine Canüle dauernd im Rückenmarkskanal liegen lassen, um durch dauernden Abfluss des Liquor eine ausgiebigere Druckentlastung des Hirns herbeizuführen.

Dr. v. Bergmann: Warnt vor diesem Vorschlag, weil doch die Gefahren der Infection zu gross seien.

Dr. Otto Klemm: glaubt, dass es technisch möglich sein müsse einen aseptischen Verlauf herzustellen.

Dr. Miram: spricht sich in demselben Sinne aus und weist auf die Erfolge der Laparotomie bei tuberculöser Peritonitis hin.

Dr. v. Bergmann: die Peritonitis tuberculosa verläuft meist mit Verwachsungen und Schwartenbildung, während wir es hier mit einer freien Höhle zu thun haben.

Dr. v. Krüdner: hat zweimal die Lumbalpunction gemacht, wegen Stauungspapille, das eine Mal ohne Erfolg, das zweite Mal mit geringer Besserung.

Dr. Mandelstamm: weist darauf hin, dass in solchen Fällen ein Einschneiden der Sehnervenscheide empfohlen worden ist.

3) Dr. v. Bergmann verliest seinen Vortrag: Chirurgische Mittheilungen aus dem Jahresbericht der chirurg. Abthlg. des Stadtkrankenhauses. (Erscheint im Druck im Jahresbericht des Stadt-Krankenhauses).

Dr. Miram fragt ob v. Bergmann bei complicirten Fracturen eine Desinfection anwendet?

Dr. v. Bergmann: Nach den Untersuchungen Schimmelbusch's und den Erfahrungen einer Reihe hervorragender Kliniker ist eine Sterilisirung einer inficirten Wunde durch chemische mikrobicide Flüssigkeiten nicht möglich, somit muss die sogenannte primäre Desinfection der Wunden fallen. Handelt es sich um complicirte Fracturen, mit kleiner Weichtheilwunde, etwa nur um Durchstich so haben wir stets mit primärer Occlussion, ohne Erweiterung der Wunde und ohne Tamponade behandelt und sind dabei meist zum Ziel gekommen; anders wenn der Knochen gesplittert ist und die Weichtheile in grösserer Ausdehnung gequetscht und blutig suffundirt sind. Nach meinen bisherigen Erfahrungen wird sich hier doch eine primäre Resection der Knochenenden und die aseptische Tamponade empfehlen, da durch diese beide Factoren die eminente Gefahr, die durch Verjauchung der Blutextravasate droht, am sichersten umgangen werden kann, wobei freilich auch die Verkürzung der Extremität und die längere Heilungsdauer mit in den Kauf genommen werden muss.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. August d. J. 7073 (100 wen. als in d. Vorw.), darunter 867 Typhus — (23 wen.), 785 Syphilis — (19 wen.), 100 Scharlach — (16 wenig.), 88 Diphtherie — (8 mehr), 33 Masern — (5 wen.) und 22 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. Juli bis 3. August 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	245	568	154	71	103	16	12	14	35	36	50	31	26	12	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 17, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 4, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 12, Diphtherie 13, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 7, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 128, Todtgeborene 24.

Дозв. ценз. Спб. 9 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 17. (29.) August **1896**

Kurzer Bericht über meine oculistische Thätigkeit auf Station „Astopowo" der Rjasan-Uraler Eisenbahn.

Von

Dr. Benjamin Bjelilowsky,

Station «Astopowo» liegt an der Bogojawlensk-Jeletz'schen Zweigbahn der Rjasan-Uraler Eisenbahn, welche die Gouvernements Rjasan, Tamboff und Orel durchschneidet. Die Kreisstädte: Dankow, Rannenburg und Lebedjan liegen von der Station Astopowo — erstere 22 Kilometer, die beiden letzteren 30 Kilometer weit ab. Die zunächst liegenden Dörfer sind 8—10 Kilometer entfernt. Da ich als Arzt an der obengenannten Eisenbahn angestellt, laut dem Statute, meinen Bezirk von 200 Kilometer im Umkreise wöchentlich einmal besuchen musste, so konnte ich natürlich den Augenkranken sehr wenig Zeit widmen und deswegen war mein Wirkungskreis anfangs auch recht beschränkt.

Die ersten Augenkranken kamen zu mir im October. Das waren alte Trachomatiker, mit pannöser Veränderung der Hornhaut — lauter hoffnungslose Patienten deren Leiden eher mein Mitgefühl, als irgend eine Behandlung, lindern konnte. Da die Zahl solcher Patienten sehr gering war, so fand ich es nicht der Mühe werth sie zu registriren. Vom 1. Januar 1895 fing ich an ein genaues Register meiner Patienten zu führen.

Im Januar und Februar war es mir nicht möglich viele zu empfangen: im Januar hatte ich 6 Empfangstage und im Februar 8. Da die ersten Fälle mit acutem Process (blennorrhoische Entzündung, ulcus corneae etc.) alle geheilt wurden, so vergrösserte sich die Zahl der Patienten dermassen, dass ich im März schon 19 Empfangstage ihnen widmen musste. Zu gleicher Zeit verbreitete sich unter den Bauern das Gerücht, dass ich die Augenkranken unentgeltlich empfange und selbige mit Heilmitteln versehe; dies war wohl auch der Grund zur Vergrösserung der Zahl meiner Patienten. Ich kann nicht sagen, dass meine Beschäftigung durch die örtlichen Bedingungen besonders begünstigt gewesen wäre.

Da ich einsah, dass die Bauern nur dann sich behandeln lassen, wenn sie unentgeltlich behandelt werden, so fasste ich den Beschluss mich hauptsächlich mit den Augenleidenden zu beschäftigen und sie nach Möglichkeit unentgeltlich zu behandeln. Mit liebenswürdiger Bewilligung des Eisenbahnverwalters Herrn Kandauroff und des Vorgesetzten des Eisenbahnmedicinalamtes Herrn Dr. Wjasemsky, benutzte ich zu diesem Zwecke sowohl das Empfangs- und Operationszimmer, als auch die Instrumente der Rjasan-Uraler Eisenbahngesellschaft. Es fehlten mir nur noch Heilmittel und Verbandmaterial für alle meine Augenleidenden. In dieser Hinsicht wandte ich mich an das unter dem Schutze der Kaiserin Maria Alexandrowna stehende Curatorium zur Versorgung der Blinden; es verging aber eine geraume Zeit bis ich eine Antwort und ein geringes Subsidium (im Juni Monat) erhielt und während dessen war ich genöthigt, erstens die operirten Kranken in meiner Wohnung und theilweise in der Wohnung meines Feldscherers Herrn Bobra unterzubringen, und zweitens — die nöthige Arznei und Verbandmaterial mittels Spenden kleiner Summen der Dienstgefährten unter Beihülfe des Eisenbahn-Depotschefs Herrn Konstantinowitsch und des Herrn Dr. Maloff, zu beschaffen.

Die angrenzenden Landstände wussten von meiner Wirksamkeit, aber sie hielten es nicht für nöthig mir zu helfen. Nur allein die Rannenburg'sche Landschaft schickte mir, dank meinem Collegen Dr. Ljubimoff, die von mir geforderten Gräfeschen Messer, und versprach, im Nothfalle, mir einiges Verbandmaterial zuzuschicken. Von Tag zu Tag vermehrte sich die Zahl meiner Patienten und selbstverständlich vergrösserten sich damit auch die Ausgaben, die ich zu bestreiten nicht mehr im Stande war. Ich musste meine Wirksamkeit wider meinen Willen beschränken. Ich wandte mich nun abermals an das Curatorium für Blinde mit der Bitte, es möchte mit den angrenzenden Landständen von Lebedjan, Dankow und Rannenburg in Verkehr treten und selbigen den Vorschlag machen, auf gemeinschaftliche Kosten ein Krankenhaus wenn auch mit 10 Betten einzurichten, welches ich unentgeltlich führen würde. Ausgaben, wie: Unterhalt der Kranken, Gehalt für die Krankenwärterinnen u. d. a. Personal, würden die obengenannten Landstände gemeinschaftlich bestreiten können. Das Blinden-Curatorium leistete mir sogleich seinen Beistand; es sandte mir für die erste Zeit 64 Rubel (für die Miethe eines Obdaches für die operirten Kranken) und richtete sich zu gleicher Zeit mit meinem Vorschlag an die erwähnten Landstände.

Während dessen wurde ich im August Monat nach der Station «Benkendorff-Sossnowka» derselben Eisenbahn, aber nur in ein anderes Gouvernement, nämlich ins Tambow'sche versetzt, wo ich meine in «Astopowo» begonnene Wirksamkeit weiter fortsetzte.

Vom 1. Januar bis zum 1. September 1895 hatte ich 439 Patienten empfangen, welche mich 1314 Mal besuchten und welche an 492 Erkrankungen litten; im ganzen hatte ich 138 Empfangstage.

Die Mehrzahl meiner Patienten fällt auf die Monate April Mai und Juni, denn zu dieser Zeit herrscht schon gutes Wetter und die Bauern machen sich von den Frühjahrsfeldarbei-

ten gewöhnlich frei; um so geringer war die Zahl der Patienten im Juli und August während der Getreideernte, wo nicht einmal die operirten Kranken zum Umwechseln des Augenverbandes erschienen; ich schreibe jedoch letzteres mehr dem Grunde zu, dass zu jener Zeit (Juli und August) mit mir zugleich, in Dankow ein Streifcorps zur Heilung der Augenleidenden unter der Aufsicht des Dr. Ljutkewitsch seine Wirksamkeit ausübte, welches in viel besseren Bedingungen stand, als ich, denn die Dankow'sche Landschaft hat es für nützlicher gefunden, der Bevölkerung lieber eine rasche, wenn auch etwas theuer zu stehen kommende, Hilfe zu leisten, als eine billige, aber beständige..... Die Zahl der Empfangstage in jedem Monate, die Eintheilung der Kranken den Kreisen, dem Geschlechte und den Erkrankungen nach — sind aus folgenden Tafeln zu ersehen:

Tafel I. Zahl der Empfangstage in jedem Monate.

Monat Januar	6	Tage
» Februar	8	»
» März	19	»
» April	16	»
» Mai	26	»
» Juni	26	»
» Juli	18	»
» August	19	»

Tafel II. Eintheilung der Kranken dem Geschlechte nach.

Männer	155
Frauen	201
Kinder	83
Im ganzen	439

Selbige besuchten mich . . . . 1314 Mal.

Tafel III. Eintheilung dem Stande nach.

Bauern	406
Kleinbürger	15
Adelige	7
Geistliche	11.

Tafel IV. Eintheilung dem Alter nach.

Im Alter von 1 Monate bis zu 1 Jahre	16
» » » 1 Jahre » » 5 »	21
» » » 5 » » 10 »	42
» » » 10 » » 20 »	71
» » » 21 » » 30 »	89
» » » 31 » » 40 »	65
» » » 41 » » 50 »	70
» » » 51 » » 60 »	35
» » » 61 » » 70 »	25
» » » 71 » » 80 »	5.

Tafel V. Eintheilung nach der Entfernung vom Wohnort des Arztes.

Von 5 bis 10 Kilometer weit	162
» 10 » 20 » »	138
» 20 » 30 » »	50
» 30 » 40 » »	20
» 40 » 50 » »	20
» 50 » 60 » »	14
» 60 » 70 » »	11
» 70 » 80 » »	7
» 80 » 90 » »	5
» 90 » 100 » »	2
» 100 » 110 » »	4
» 120 » 200 » »	2
» 200 » 400 » »	3.

Tafel VI. Eintheilung der Kranken den Kreisen nach.

Aus dem Kreise von Rannenburg	240
» » » » Dankow	155
» » » » Ljebedjan	33
» anderen Kreisen	11.

Tafel VII. Eintheilung nach der Form der Erkrankungen.

Krankheiten der Bindehaut und der Lider.

Catarrhe der Bindehaut:

acuter	49	90.
chronischer	30	
phlyctaenischer	10	
diphteritischer	1	
Blennorrhoe neonatorum	14	
Trachom: acutes	14	65.
chronisches	29	
malignes	22	
Entzündung der Lider und der Bindehaut	33	
Eczema	3	
Geschwür und Phlegmone	2	
Geschwülste der Conjunctivae bulbi	1	
Chalazion	3	
Gerstenkorn	4	
Trichiasis	2	
Entropium	2	
Ectropium	2	
Flügelfell	1	

Krankheiten der Hornhaut.

Hornhautentzündung: oberflächliche	5
phlyktänische	17
parenchymatöse	11
mykotische	3
Hypopionkeratitis	3
Wunden	24
Pannus	10
Flecke	22
Leucoma partiale und Narben	8
Leucoma adhaerens	17
Leucoma adhaerens totale	19
Staphylom der Hornhaut	4
Erweichung der Hornhaut	1
Fremde Körper in der Hornhaut	4

Krankheiten der Regenbogenhaut und des Ciliarkörpers.

Regenbogenhautentzündung: gewöhnliche	4
eitrige	1
gummöse	—
Zuwachsen der Pupille	6
Prolaps der Regenbogenhaut	1
Coloboma congenita et ectopia papillaris	1
Jridocyclitis	2.

Krankheiten der Gefässhaut.

Zerstreute Entzündung	2
Glaukom mit Vorboten	1
Acutes Glaukom	3
Subacutes Glaukom	1
Chronisches Glaukom	2
Absolutes Glaukom	6

Krankheiten der Linse.

Grauer Altersstaar;	7
Cataract: unreife	2
reife	21
zonularis	2
weiche	1
zusammengewachsene	1

Krankheiten der Netzhaut und des Seh-Nerven.

Netzhautentzündung: pigmentosa	4
bei Nierenkrankheiten	7
bei Leukämia	2
Chorioretinitis	4
Atrophie des Sehnerven	13
Netzhautablösung	1
Hemeralopie	10

Krankheiten der Augenmuskeln.

Ptosis	2
Nystagmus	1
Strabismus convergens	2

Krankheiten der Thränenorgane.

Catarrhalische Entzündung des Thränensackes	6
Phlegmonöse Entzündung des Thränensackes	3
Verengung des Thränennasenganges	6

Die übrigen Augenkrankheiten.

Sympathische Entzündung	1
Vermehrung und Trübung des Glaskörpers	2
Atrophie des Augapfels	18
Buophthalmus	4
Panophthalmitis	2
Traumen des Augapfels	2
Geschwulst im Inneren des Auges	1(?)
Geschwülste und Abscesse der Orbita	2

Anomalien der Refraction und der Accomodation.

Weitsichtigkeit	5
Kurzsichtigkeit	3
Greisenweitsichtigkeit	1

Tafel VIII. Liste der Operationen:

Grössere Operationen:

Entfernung der Cataract mit Iridectomie	19
Discision der Cataract	3
Iridectomie und Iridotomie	18
Durchstich der Hornhaut	5
Tätowirung der Hornhautflecke	6
Flügelfelloperation	1
Transplantation der Schleimhaut nach Sapeschko	2
Operation Watson-Junge	1
Entropion-Operation	1
Ausschälen von Lidgeschwülsten	5
Im ganzen	61 Oper.

Kleinere Operationen:

Entfernung von Fremdkörpern	4
Cauterisation und Ausschaben von Wunden der Hornhaut und des Pannus	5
Expression des Trachom	43

Theilweise Entfernung des Ciliarrandes und der einzelnen Ciliarzwiebeln 3
Oeffnen von Lidabscessen 3
» » Thränensackabscessen 3
» der Thränenkanälchen und Sondiren . 7
Im ganzen . . 68.

Tafel IX. Die Zahl der unheilbar Blinden.

Männer	20
Frauen	16
Kinder	11
Im ganzen	46

Tafel X. Die Ursachen für unheilbare Blindheit.

Trachom	5
Pocken	5
Masern und Scharlach	4
Blennorrhoea neonatorum	10
» adultorum	1
Erkrankungen der Gefässe und der Augennerven	5
Glaukom	5
Syphilis	3
Typhus	1
Unbekannte Ursache	7

Wie nun aus den angeführten Tafeln zu ersehen ist, fällt die grösste Zahl meiner Patienten auf Trachom (14,8%) und auf Conjunctivitis (20,5%).

Jetzt möchte ich die Methode der Behandlung des Trachoms, die ich ausübe, mittheilen. Dr. Mandelstamm (Kiew) beginnt seine X. Vorlesung hinsichtlich des Trachom folgenderweise: «Ich weiss nicht, ob in irgend einem anderen Gebiete der Augenheilkunde solch ein Wirrwarr herrscht, wie in dem genannten (des Trachom), nicht nur in Bezug auf den Begriff vom Wesen dieser Krankheit, sondern auch in Bezug auf die Behandlung derselben. Sollten Sie einmal Gelegenheit haben, einige Augenkliniken eine nach der anderen zu besuchen und bei den Demonstrationen trachomatöser Kranken gegenwärtig zu sein, so würden Sie zuguterletzt ganz verwirrt werden und wüssten nicht was man eigentlich unter dem Wort Trachom verstehen soll.»

Die Frage vom Wesen des trachomatösen Processes bleibt bis jetzt noch unaufgeklärt. Mehrere Kliniker erkennen das Trachom garnicht als eine Krankheit sui generis an und finden viel Verwandtes zwischen Trachom, Follicularcatarrh und chronischer Blennorhoe. (Mandelstamm, Arlt, Wolfring); einige erkennen das Trachoma siccum als Follicularcatarrh (Saemisch), als Folliculosis (Adamueck) an; andere wieder sind der Meinung, dass das Trachom durch besondere Parasiten, welche jedoch bis jetzt noch nicht ganz sichergestellt sind, erzeugt wird (Iskersky, Adamueck).

Auch sind nicht alle Augenärzte untereinander einig in Betreff der ansteckenden Eigenschaften des Trachom.

Einige zählen nicht alle Formen des Trachom zu den ansteckenden und sehen im contagium vivum das Ansteckungsmedium, andere meinen gerade das Gegentheil, nämlich, das Trachom sei überhaupt nicht ansteckend und die Ansteckung hänge nicht nur von den Parasiten, die eine trachomatöse Erkrankung erzeugen, ab, sondern auch von schlechten hygienischen Bedingungen, wie: schlechte Luft, Rauch, Staub etc. Entsprechend diesen Ansichten vom Wesen des Trachom und von dessen ansteckenden Eigenschaften, wird das Trachom von verschiedenen Augenärzten auch verschiedenartig behandelt.

Die Verfechter der parasitären und contagiösen Theorie bemühten sich und bemühen sich auch jetzt noch, durch verschiedene Maassnahmen, wie, starke Cauterisation, Ausschaben, Excision u. s. w. den Process zu coupiren oder zu vermindern, indem sie die Follikel, den Stapelplatz der Ansteckung, zerstören; andere dagegen treffen nur hygienische Massregeln und schlagen vor die Anfangsstadien des Trachom garnicht zu behandeln oder adstringirende Mittel nebst antiseptischen anzuwenden (Popow) und beim Ausbruch von Körnern, Papillen und Narben, d. h. im 2. oder 3. Stadium, — Cauterisation oder leichtes Reiben der Conjunctiva bis zur Blutung anzuwenden.

Es scheint mir, beide Parteien haben Recht und bei beiden ist eine Voreingenommenheit zu bemerken. Die Sache ist nämlich die, dass Dr. Mandelstamm's und Dr. Chodin's (Kiew) Ansichten hinsichtlich der Schwierigkeit, die Grenzlinie zwischen Follicularcatarrh und granulösem Trachom, trotz Unterscheidungssymptomen, welche Saemisch für beide Processe angab, festzusetzen, unwiderleglich sind; die Unterscheidungsschwierigkeit wird noch verstärkt, wenn dem Follicularcatarrh Entzündungen sich anschliessen.

Laut den klinischen Ansichten, muss jeder besonderen Krankheit auch eine bestimmte pathologisch-anatomische Veränderung entsprechen, während man beim Follicularcatarrh, sowie beim Trachom ein und dasselbe Bild beobachtet: Entzündung des adenoiden Bindegewebes der Conjunctiva mit Bildung von Follikeln, wobei bei diesem Processe Papillarkörper, Epithelschicht und Drüsen der Conjunctiva einen Antheil haben; diese Entzündung kann entweder spurlos vergehen, oder kann auch zur Bildung von Narben mit deren Folgen führen (Mandelstamm, Kiew).

Ausserdem ist es unumgänglich die Herkunft des Trachom von Parasiten anzuerkennen, infolge seiner ansteckenden Eigenschaft und der Geschwindigkeit, mit welcher diese Krankheit während ihrer acuten Periode von einem zum anderen übergeben wird. In beiden ersten Perioden ist das Trachom durchaus ansteckend, sei es trocken oder mit Secretion verbunden, und recht oft kann man beobachten, wie, namentlich während dieser Perioden ganze Familien angesteckt werden. Ein Priester aus einem Nachbardorfe brachte seinen Arbeiter zu mir, der schon seit drei Wochen krank war. Beim Untersuchen der Augen, constatirte ich ein Trachom vermischter Form — ein folliculäres und papilläres. Die Schleimhaut der Lider auf beiden Augen war buchstäblich mit Körnern und Papillen besät. Nach Verlauf von drei Tagen brachte derselbe Priester seine ganze Familie (6 Mann) zu mir und alle hatten Trachom.

Was die dritte, Narbenperiode, anbetrifft, so konnte ich während derselben keine Ansteckung constatiren.

In jedem Falle muss das Trachom während jeder Periode mit der grössten Sorgfalt behandelt werden. Ich behandele das Trachom folgenderweise: kommt ein Patient zu mir in der Anfangsperiode des Trachom (trachoma granulosum, conjunct. granulosa mit schleimigen, eitrigen Ausscheidungen oder auch ohne dieselben) so zerreibe ich ihm unter Cocainanaesthesie (4%) nach Ectropionirung der Lider bis zur Umschlagfalte mit dem Nagel des Zeigefingers oder Daumens der rechten Hand (mit der linken fasse ich die ectropionirten Lider) alle Körner (Follikel) bis zur Blutung und wische sie hernach mit einem in Sublimat- und Pyoctaninlösung (aa 1:1000) befeuchteten Wattebausch ab; Patient bekommt 3% Borzinkwasser nach Hause mit. Am nächsten Tage vermindert sich die Secretion und wird schleimartig; die Conjunctiva ist angeschwollen und mit grauen Häutchen, die sich mittels Augendouche und ohne Blutung leicht abnehmen lassen, bedeckt; Körner sind wenig vorhanden, ausgenommen in den Augenwinkeln, wo das Ausschaben unbequem war; jetzt begnüge ich mich nur mit dem Abwaschen mittels eines in Sublimatlösung 1:3000—4000 befeuchteten Wattebausches und mit Einträufeln von 5% Natri sozojodolici. Nach 2—3 Tagen nehme ich eine abermalige Ausschabung der Körner auch aus den Augenwinkeln vor, dann wieder einmal ein Abwaschen und nach 2—3 Wochen ist Patient genesen Habe ich aber einen Patienten mit einem grossen Quantum von Körnern oder Papillen auf der Conjunctiva der Uebergangsfalten, tarsi, bulbi, mit Gefässinjection und mit etwas Keratitis, ausser einer starken Secretion so gebrauche ich in diesem Falle beim Zerreiben entweder Sublimatglycerin 1:300, 1:100; oder Sublimatvaselin 1:200 mit folgendem Einträufeln von Zn sozojodolicum oder Hg sozojodolicum 5—10%. Vorläufig cocainisire ich das Auge mit einer 4—5% Lösung, denn ohne das erzeugt das Einträufeln von starken Sublimatlösungen und Sozojodol-Präparaten ein heftiges Brennen und Schmerzen, die jedoch bald vergehen. Die stark vergrösserten Papillen schnitt ich mit der Scheere ab. Durch Andrücken wurde die Blutung sehr bald gestillt.

In allen derartigen Fällen habe ich die eben erwähnte Behandlung nie bereut und hatte immer glänzende Ergebnisse — die Conjunctiva erhielt ein normales Aussehen, die Körner verschwanden, von Seiten der Hornhaut waren gar keine Complicationen eingetreten und alle unangenehmen subjectiven Erscheinungen verschwanden. Bei der Behandlung der dritten, Narbenperiode des Trachom, kann ich leider nicht dasselbe behaupten. Ich rede nicht von solchen Fällen, wo, infolge einer tiefen Narbenveränderung eine Knorpelverkrümmung, ein Entropion entstanden ist, oder wo der Patient infolge pannöser Hornhaut des Sehvermögens beraubt ist. Ich rede von den Anfangsstadien dieser Periode, wenn, nach Ectropionirung des Lides, auf der Schleimhaut desselben stellenweise weisse, stellenweise blaue Streifen und stellenweise hier und da Körner zu bemerken sind; wenn beim Reiben der Conjunctiva, die zwischen den Streifen befindlichen Wälle, zu bluten anfangen. Von der oben erwähnten Behandlung solcher etwas vernachlässigten Fälle, hatte ich gar keinen Erfolg und auch nichts anderes half dabei. Bisweilen hatte man wohl den Eindruck einer Besserung: bessere Ernährung der Conjunctiva (grössere Hyperämie), eitrige Secretion stellte sich ein; wurde aber die Cour auf ein oder zwei Monate unterbrochen, so traten die Erscheinungen mit neuer Heftigkeit wieder auf.

Ich muss gestehen, dass ich das Trachom nie anders behandelt habe, denn all die Behandlungsmethoden, die bis jetzt angeboten werden, sind nicht im Geringsten besser, als die meinige.

Alles hinsichtich des Trachom oben erwähnte in Betracht ziehend, komme ich zu folgenden Schlüssen:

1) Es giebt keine positive Grenzlinie zwischen Follicularcatarrh (conjunctivitis granulosa, folliculosis) und dem Trachom.

2) Das pathologisch-anatomische Bild beider Processe ist gleich.

3) Das Trachom ist durchaus ansteckend nur in den beiden ersten Perioden (der follikulären und papillären).

4) Die Behandlung muss im Verlaufe aller drei Perioden eine sorgfältige und energische sein.

Bei der Behandlung verschiedener Conjunctivitiden begnügte ich mich mit Berieselung oder Auswaschen des Conjunctivalsackes mittels Sublimatlösung 1:2000,1:3000—4000 und Sozojodol-Präparaten, wobei die Stärke letzterer Lösungen entsprechend dem Processe und nicht stärker als 10% gemacht wurde. Bei der Behandlung von Conjunctivalphlyctän gebrauchte ich ausser dem erwähnten noch Atropin und einen Druckverband.

Die blennorrhoische Augenentzündung behandelte ich sowohl bei Kindern, wie auch bei Erwachsenen ebenso mittels Sublimatlösungen (beständiges Berieseln) und mittels Hg sozojodolicum 6%. Ausser dem beständigen Berieseln, liess ich in den Conjunctivalsack Sublimatglycerin 1:100 ein.

Bei Complicationen mit Geschwüren leistete Jodoform gute Dienste, dann Atropin oder Eserin, je nachdem, wo die Geschwüre sassen. Falls das Geschwür bis zur membrana Descemetii gelangte und man eine Perforation befürchten musste, benutzte ich den Thermokauter, machte Spülungen mittels Sublimatlösungen $^1/_{1000}$—$^1/_{5000}$, gebrauchte Atropin $^1/_2$% und Jodoformstreupulver. Flecke, die hernach auftraten verschwanden rasch.

Es müssen noch die Geschwülste der Bindehaut erwähnt werden. Geschwülste der Conjunctiva sind überhaupt selten. Unter den gutartigen Geschwülsten kommen folgende vor; Polypen, Dermoide, Lipome, Angiome, in Ausnahmsfällen Fibrome und Osteome. Unter den bösartigen: Epitheliome und Sarkome. Die letzteren kommen häufiger in der Form von Melanosarkomen vor (Chodin, Kiew). Am 29. März 1895 besuchte mich eine Kranke im Alter von 58 Jahren und klagte, dass etwas bei ihr auf dem Auge wüchse. Die Geschwulst begann seit $1^1/_2$ Monaten zuzunehmen, seit der Zeit, wo die Kranke einen Frosch todtschlug und der Froschschmutz ihr dabei ins Auge spritzte. Denselben Tag noch schmerzte ihr das Auge dermassen, dass sie nicht im Stande war ihre Wirthschaft zu besorgen. Zwei Wochen lang thränte und schmerzte das Auge, jetzt aber fühlt sie, dass sie etwas verhindert das Auge nach oben und nach der rechten Seite zu wenden. Beim Besichtigen des Auges bemerkte ich auf dem oberen äusseren Theile der Conjunctiva bulbi des rechten Auges eine kleine mehrtheilige dunkelfarbige Geschwulst, von der Grösse einer Erbse. Die Geschwulst sass nahe am Hornhautrand, bewegte sich mit der Conjunctiva, war aber nicht gestielt. Die Bewegungen des Bulbus sind frei. Beim Anrühren der Geschwulst blutet sie nicht, obgleich sie von den Gefässen der Bindehaut, reichlich vaskularisirt ist. Die Lider verdecken die Geschwulst. V. o. d. $= ^{10}/_{15}$. Am 13 April entfernte ich die Geschwulst, zugleich mit einem Theil der Conjunctiva auf 1 mlm. von der Geschwulst. Nach jedem Messerschnitt starke Blutung, welche durch Compression gestillt wurde. Da die Geschwulst sich auf der Grenze der Cornea befand, so entfernte ich auch einen Theil vom Gewebe der letzteren (gegen $^3/_4$ mlm.). Jodoform-Druckverband. Ein Stück dieser Geschwulst schickte ich nach Tambow ins Gouvernementskrankenhaus an Dr. Wiklein, der mir liebenswürdig mittheilte, dass die Geschwulst ein Sarcom sei. Im Mai Monat sah ich die Kranke wieder; die Geschwulst hatte schon die Grösse einer Bohne. Mit dem Thermokauter brannte ich die Geschwulst ab. Das Entfernen des Auges verweigerte die Kranke. Später erfuhr ich, dass sie am 17. Juni in Dankow bei Dr. Ljoutkewitsch gewesen war, dass die Geschwulst stark zugenommen hatte und dass der Arzt sie operiren wollte, die Kranke aber zur Operation nicht erschienen war.

Die Blephartitiden behandelte ich folgenderweise: nach Abwaschen der Lidränder mit Sublimat $^1/_{4000}$, bepinselte ich dieselben mit einer Pyoctaninlösung 1:1000; 1:500—200; die Stärke der Pyoctaninlösung entsprechend der Schwere des Processes. Die Krusten auf den Lidrändern wusch ich mit lauwarmem Seifenwasser ab und die Lidränder bepinselte ich hernach mit folgender Salbe: Ichtyoli 0,3, Oxydi zinci et Pulv. amyli aa 10,0; Vasel. 25,0. Rasche Heilung.

Unter den Hornhauterkrankungen kam am meisten die Keratitis phlyctaenulosa vor. Auch hier gebrauchte ich, ebenso wie bei Phlyktänen der Conjunctiva, Sublimatglycerin, mit Atropinisation und folgendem Druckverband. Bei Blepharospasmus Instillation von Cocainlösung 4—10% und innerlich Phenacetin mit Brompräparaten, dann Jodpräparate mit Fischthran. Mit dieser Behandlungsmethode bin ich sehr zufrieden gewesen. Ebenso behandelte ich die Geschwüre der Cornea. Jedoch in den Fällen, wo die Geschwüre tief und weitgehende waren, oder wo sie schlecht ernährt wurden, benutzte ich den Thermokauter oder Saemisch's Schnitt. In beiden Fällen wurde die Ausbreitung des Geschwürsprocesses gehemmt, die Trübungen rings herum verminderten sich und klärten sich auf. Die folgenden Erscheinungen (Flecke, Nubecula) behandelte ich mit Calomel, einer Salbe aus Is + Na bicarb. oder Na—Hg-Zn-Sozojodol mit Vaselin (5—10%) und mit folgender Massage, und es schien, als ob letzteres (Znsozojodolvaselin) besser wirkte, da die Trübungen schneller verschwanden. Bleibende Trübungen (in nicht operirten Fällen) wurden tätowirt. Die in letzter Zeit empfohlene Methode, die Flecke mittels Electrolyse zu behandeln, habe ich nur ein einziges Mal angewandt und kann daher nichts darüber aussagen. Wenn acute Entzündungsprocesse der Hornhaut sich leicht behandeln lassen, so sind die chronischen Processe — parenchymatöse (scrophulöse) pannöse Keratitiden für den Arzt eine wahre Prüfung. Die gewöhnlichen Behandlungsmethoden, die in solchen Fällen empfohlen werden, stellen die Geduld des Kranken auf eine starke Probe, besonders des Bauern, dem jeder Tag theuer ist, — und erzeugen Enttäuschungen beim Arzte. Die Frage hinsichtlich der Subconjunctivaleinspritzungen von Sublimat ist noch nicht definitiv entschieden; viele sind dafür, aber noch mehr dagegen. Ich selbst wandte diese Methode der Subconjunctivaleinspritzung einer Sublimatlösung an, musste aber auf fernere Anwendung derselben Verzicht leisten, da diese Einspritzungen heftige Ciliarschmerzen, Reiz- und Verschlimmerungserscheinungen erzeugten.

Zu mir kam ein Kranker von 50 Jahren, bei dem am 27. März 1895 Keratitis parenchymatosa chr. (scrophulos. lues?) oculi dextri constatirt wurde, v. o. d. $= ^1/_\infty$; Phthisis bulbi sinistri. Die Behandlung fing ich an mit Sublimat-Augenbädern $^1/_{3000}$ und mit Salben: Hydrarg. flavi 0,2 Ol. amyg. d. 2,0, Lanolini 8,0. Diese Behandlung dauerte bis zum 19. April, wobei Besserungen und Verschlimmerungen abwechselten, jedoch keine dauerhafte Besserung zu bemerken war. Am 19. April beschloss ich, das jetzt beinahe gegen alle Augenkrankheiten empfohlene Universalheimittel — die subconjunctivalen Sublimatinjectionen anzuwenden und injicirte ihm zwei Theilstriche (Pravaz) einer Lösung $^1/_{3000}$; am folgenden Tage — Chemose der Conjunctiva. Injektion und heftiges Stechen im Auge. Cocain 5%, Eserin 1% und Verband. Ich bestimmte dem Kranken eine Schmierkur. Am 23. April eine abermalige Subconjunctivalinjection von drei Theilstrichen (Pravaz) einer Sublimatlösung $^1/_{4000}$. Am folgenden Tage, nach Abnahme des Verbandes erschrak ich: die Conjuctiva umgab die Hornhaut in der Art eines dicken Walles, heftige Ciliarschmerzen, der Kranke verbrachte die Nacht unruhig. Das Auge kann man nicht anrühren. Eserin 1% mit 5% Cocain, Druckverband und völlige Ruhe (den Kranken behielt ich bei mir). Nach Minderung der Entzündungserscheinungen, verordnete ich ihm eine Schmierkur und liess ihn nach Hause. Nach einem Monat am 24. Mai kam er wieder. Erscheinungen sind dieselben: die Hornhaut trübe, etwas Pericornealinjection: V. unterscheidet die Lichtflamme einen halben Meter weit. Ich verordnete dem Kranken Augenbäder mit einer 5% Lösung von Natr. sozojodolici, zwei Bäder täglich fünf Minuten lang. Am 6. Juni ging der Kranke nach Hause mit folgenden Erscheinungen: die Hornhaut stellenweise trübe; beinahe gar keine Injection; keine Schmerzen vorhanden; v. $= ^{10}/_{40}$.

Aus diesem Falle und drei anderen habe ich mich überzeugt, dass die subconjunctivalen Sublimatinjectionen lange kein unschuldiges Mittel sind und dass man damit recht vorsichtig umgehen muss. Freilich ist das ein vorläufiges Urtheil und nur fernere zahlreiche Beobachtungen können eine Entscheidung herbeiführen. Somit wurden bei Keratitis alle Heilmittel angewandt und man kann nicht genau sagen, welche Behandlungsmethode die beste ist. Es scheint, dass die Sozojodolpräparate ein besseres Resultat ergaben.

Die Iritis behandelte ich beinahe ebenso, wie die Hornhautentzündungen: Atropin oder Eserin, Schmierkuren mit Sozojodol und ohne dasselbe, Blutegel im Falle einer Blutüberfüllung u. s. w.

Unter den Krankheiten der Linse kamen nur Cataracte vor. Der grösste Procentsatz (80,7) fällt auf Cataracte im Greisenalter. Nicht bei allen Patienten wurde die Cataract operirt; einige gingen auf die Operation nicht ein, bei schwachen Individuen aber, bei Greisen (gegen 80 Jahre) und bei solchen, wo eine Veränderung des Gefässsystems eingetreten war, konnte ich mich zu einer Operation nicht entschliessen, denn ich fand keine genügenden Gründe dazu, einem 80-jährigen Greise eine nicht unbedeutende Operation nur deshalb zu machen, weil er im vorgeschrittenen Alter das Sehvermögen verlor. In seiner Familie ist er ja so wie so schon kein Arbeiter und ihn einer Operation zu unterwerfen, zumal selbige noch ungünstig ablaufen könnte, hielt ich für unnütz.

Die Netzhautkrankheiten und die Krankheiten des N. opticus lieferten ein grosses Contingent von Patienten mit Atrophie des Sehnerven. Diese Patienten kamen schon mit völliger centraler weisser Atrophie der grösstentheils eine Veränderung des Rückenmarkes (Tabes),

Syphilis oder Alkoholismus zu Grunde lag. Alsdann folgten Patienten mit Hemeralopie, (10 Fälle), die nichts besonderes darstellten, da in der Netzhaut keine Veränderungen zu bemerken waren; eine gute Nahrung und hygienische Verhältnisse führten rasch zur Genesung. In allen Fällen von Netzhaut- und Sehnervenerkrankungen begnügte ich mich, ausser der allgemeinen und speciellen Behandlung nach Aetiologie des gegebenen Falles, — mit IK und mit Strychnininjection, — bemerkte jedoch keine Besserung; die Processe blieben in statu quo oder schritten weiter vor.

Unter den Krankeiten des Thränenorgans kamen phlegmonöse und catarrhalische Entzündungen des Sackes vor. Erstere behandelte ich mit Schlitzung mit folgendem Ausspülen mittels antiseptischer Flüssigkeiten und mit Jodoformstreupulver; die letzteren — mit Sondirung und Ausspülen mittels einer Natr. sozojodolicumlösung 1—2%. Bei Verengung der Kanälchen — Sondirung, wobei ich mit Nr. 3—4 anfing. Gutes Resultat.

Anomalien der Refraction waren wenig — im ganzen 9 Fälle, von denen kein einziger unter dem Bauernstande. Die Refraction wurde mittelst Gläser und Tafeln bestimmt. Mit Skiascopie fange ich mich an zu beschäftigen.

Alle Operationen machte ich in meinem Empfangscabinet, das mir auch als Operationszimmer diente. Die Operationen machte ich auf einem Schlafsopha. Besondere Vorbereitung des Kranken existirte nicht. Da es auf der Station weder Wannen, noch eine Badstube gab, so konnte vom Abwaschen des Kranken keine Rede sein; am Tage vorher wusch der Kranke den Kopf und das Gesicht mit heissem Seifenwasser; Ricinusöl, das ich bei Beginn meiner Wirksamkeit am Tage vorher verordnete, musste ich später aufgeben, denn die Wirkung desselben dauerte manches Mal noch bis auf den folgenden Tag und störte somit, durchs Aufstehen der Patienten, bei der Operation. Vor Beginn der Operation wurde die ganze Umgebung des Auges mit einer Sublimatlösung $^1/_{5000}$ abgewaschen und mit derselben Lösung der Conjunctivalsack berieselt; dann Instillation einer Atropinlösung 2% und Cocain 4%. Die nöthigen Instrumente wurden am Tage vorher in einer Sodalösung 1—2% gekocht und unmittelbar vor der Operation in eine 3% Carbollösung und dann in Spiritus getaucht; darnach wurden sie mit sterilisirter Watte abgewischt und mir von meinem Feldscherer, der mein einziger Gehülfe war, in bestimmter Reihenfolge gereicht. Nach der Operation, nach Abspülen des Auges mit Borwasser 4%, nach Instillation eines Tropfens 1% Atropinlösung, falls ich keine Hoffnung hatte, dass die Iris sich genügend erweitern würde, nach Bestreuen mit Jodoform (gegen die Hälfte der Extractionen machte ich ohne Gebrauch von Jodoform), legte ich den Verband an: 1) eine Sublimatmarlycompresse, 2) eine Sublimatwattecompresse, 3) trockene Watte und zuletzt eine Binde. Am ersten Tage legte ich einen binocularen Verband, am zweiten — einen monocularen an und erlaubte dem Kranken sich nach der gesunden Seite umzudrehen und des Tages zwei Mal zu sitzen. Der Verband wurde täglich gewechselt; nach 7—8 Tagen wurde der Verband abgenommen und der Patient nach Hause entlassen. Da ich keine Brillen hatte, so nahm ich manches Mal den Verband auch längere Zeit nicht ab und erlaubte den Patienten nur gegen Abend, nach Sonnenuntergang, wenn das helle Tageslicht keine Reizung mehr erzeugen konnte, ohne den Verband herumzugehen. Eine derartig sorgfältige Leitung der nach der Operation folgenden Periode hielt ich anfangs ein; da erschien ein Aufsatz von Dr. Poljakoff: «200 Fälle von ambulatorischer Cataractextraction.» Die Möglichkeit eine Operation, die nach der üblichen Lehre ein dreiwöchentliches Betthüten und absolute Ruhe der Patienten im Verlaufe der ersten drei—vier Tage erfordert, ambulatorisch ausführen zu können, — hat etwas sehr Verlockendes, um so mehr, da für die Bauern, in den Fällen, wo der Arzt keine Möglichkeit hat die Patienten bei sich unterzubringen, wo weder ein Krankenhaus noch ein genügend eingerichtetes Empfangszimmer existieren, ein strenges Regime fast unmöglich ist. Ich hatte 7 Cataractextractionen ambulatorisch ausgeführt, d. h. nach der Operation blieb der Patient auf einen Tag bei mir und alsdann, wenn alles gut ablief, liess ich ihn nach Hause, indem ich ihm erklärte, er solle gleich zu mir kommen, falls er Schmerzen, oder sonst etwas im Auge empfinde. Nach drei—vier Tagen musste er unbedingt wieder bei mir sein. Von diesen Kranken waren nur fünf erschienen, welche die nach der Operation folgende Periode nicht schlechter überstanden, als diejenigen, welche bei mir geblieben waren; zwei waren garnicht erschienen und somit ist mir deren Schicksal unbekannt. In jedem Falle hat die ambulatorische Cataractextraction ihre Zukunft, trotzdem, dass solche Augenärzte, wie Joung, Howe u. a. dagegen sind.

Alle Extractionen machte ich mit Iridectomie nach Jakobson oder Gräfe (4 Mal). Unter den 19 von mir gemachten Extractionen waren vier Complicationen (21%), wobei zwei mit Augenverlust.

Zwei hatten eine trichterförmige Einziehung der Hornhaut; am folgenden Tage hatten sich die vorderen Kammern wieder gefüllt; bei einer alten Frau kam aus der Wunde nach Abschneiden der Iris, der Glaskörper sammt der Linse. Rasches Abschneiden, Abnahme der Pincetten, Auflegen von Eiscompressen; Blutung und Augenschmerzen. Die Blutung wurde mit Eis gehemmt. Druckverband und ruhige Lage. Dieser Fall endete mit Atrophie des Auges. Bei einer anderen — hat sich eine Inclination der Linse gebildet und, obgleich letztere mit der Schlinge entfernt wurde, — traten glaucomatöse Anfälle bald ein. Nach der Behandlung V.=$^1/\infty$.

Die Iridectomien machte ich wegen Glaukom und Leucoma adhaerens, wobei fast alle Schnitte nach oben gemacht wurden. Vorbereitung zur Operation und die nach der Operation folgende Periode, wie bei Extractionen. Die letzten zwölf Iridectomien machte ich ambulatorisch.

Alle übrigen Operationen, wie Durchstich der Cornea, Tätowirung, Pterygium-Operation u. a. führte ich nach den gewöhnlichen Methoden aus. Die Transplantation der Schleimhaut beim Entropion mit starker Knorpelverkrümmung, machte ich nach Sapeschko, welche er in seiner Dissertation: «Zur Frage hinsichtlich der Transplantation der Schleimhaut.» Dissert. Kiew 1892. Seite 34, beschrieben hat.

Die Zahl der unheilbar Blinden — 46, macht 10,5% aller Augenkranken aus. Unter den 11 blinden Kindern litten 10 an Blenhorrhoe. Ueberhaupt ist die Blennorrhoe stark verbreitet und darin spielt die gonorrhoische Erkrankung der Väter und Mütter eine grosse Rolle. Alle Frauen, die Kinder zu mir brachten, hatten Fluor albus und bei manchen fand sich Cervicalcatarrh und Endometritis cum oophoritide gonorrhoischer Herkunft.

Die Bauern wissen bis jetzt noch nicht, was das heisst, dem Kinde nach der Geburt die Augen abzuwaschen; wenn beim Kinde das Auge zu thränen anfängt so geben sie entweder gar keine Acht darauf, oder wenden verschiedene Mittel an, wie z. B. Zucker, Mehl, Würmer u. s. w.

Auf Grund des oben erwähnten erlaube ich mir folgende Schlussfolgerungen zu stellen:

1) Das Trachom ist keine Krankheit sui generis; es hat recht viel Gemeinschaftliches mit der chronischen Blennorrhoea und dem Follicularcatarrh; es ist absolut ansteckend in beiden ersten Perioden; in diesen Perioden ist sie auch heilbar.

2) Die Cataractextractionen können auch ambulatorisch gemacht werden und jedenfalls erfordern selbige beim Kranken kein so strenges Regime wie früher.

3) Es ist wünschenswerth, dass alle Landärzte Augenoperationen machten und sich mit Augenkrankheiten beschäftigten.

4) Der Bevölkerung muss bei Augenkrankheiten eine unentgeltliche und so viel als möglich beständige Hülfe gewährt werden, weswegen die Gemeinde und besonders die Landschaft dem nützlichen Unternehmen des unter dem Schutze der Kaiserin Maria Alexandrowna stehenden Blinden-Curatoriums beistehen müssen.

5) Eine weite Verbreitung unter dem Volke von Kenntnissen über Augenkrankheiten und ihrer Vorbeugung ist wünschenswerth.

6) Die Einrichtung von Asylen für unheilbar Blinde eines bestimmten Bezirks ist dringend nöthig.

Zum Schlusse erlaube ich mir auf meine Beobachtungen hinsichtlich der Anwendung von Sozojodol-Präparaten bei Augenkrankheiten hinzuweisen.

So viel ich weiss, werden die Sozojodol-Präparate noch bei Ohrenleiden, bei atrophischen, hyperplastischen und trockenen Rhinitiden, bei Eczemen des Naseneinganges, bei tuberculösen Kehlkopfgeschwüren, bei syphilitischen Processen und bei Wunden angewandt. Die Aerzte, welche diese Präparate gebrauchten waren sehr zufrieden mit ihnen. So z. B. ist Teichmann sehr zufrieden mit dem glänzenden Erfolg, den das Zinksalz des Sozojodols bei Rhinitis erzeugte und constatirt bei diesem Salze eine starke, austrocknende Eigenschaft. Das Natronsalz soll nach Teichmann weniger trocknen, aber umso weniger reizen, was bei sehr nervösen Personen viel zu bedeuten hat. Quecksilbersalz in Lösungen von 10% und stärker erzeugt Reiz und Schmerzen.

Penzold findet die Sozojodolpräparate bei Behandlung von Wunden nützlich, denn sie vermindern die Eiterung, erzeugen eine Entwickelung trockener Granulationen und eine viel raschere Vernarbung; bei Gonorrhoe und Endometritis sind diese Präparate ebenfalls recht gut.

Zink- und Natronsozojodolsalz stellen ungefärbte, leicht lösliche Krystalle dar, das Quecksilbersalz — ein pomeranzengelbes Pulver, das sich leicht in einer Kochsalzlösung löst.

Das Sozojodolnatron 4,0:120,0 hatte ich zum ersten Male zu Injectionen bei Gonorrhoe angewandt. Glänzender Erfolg: die Ausflüsse hörten auf, ebenso die Schmerzen und nach vier Tagen war der Kranke genesen.

Seit dem Mai benutzte ich die Zn- und Na-Salze bei acuten Conjunctivitiden, mit heftiger Injection der Gefässe des Bulbus und der Lider, mit eitriger Secretion. 4—5% Lösungen hemmten den Process rasch.

Beim Trachom (acutem und chronischem) wandte ich die Zn- und Hg-Sozojodolsalze an. Die Secretion hört auf, die Schleimhaut nimmt ein normales Aussehen an, die Körner werden kleiner; dabei beobachtete ich, dass, bei gleichzeitigem Zerdrücken der Körner und gleichzeitigem Bepinseln mit Zn- oder Hg-Sozojodolvasel. 5—10% die Narben auf der Schleimhaut fast verschwinden. Starke (10%) Lösungen von Zn- u. Hg.-Sozojodolicum erzeugen Schmerzen und Brennen, die aber bald vergehen; um letzteres zu vermeiden, cocainisire ich vorläufig.

Bei acuten, phlyctaenulösen Keratitiden und Iritiden — leisteten mir die Sozojodol-Präparate bei gleichzeitiger Sublimatbehandlung grosse Dienste.

Indem ich meine Beobachtungen über diese Präparate fortsetze, möchte ich durch diese kurze Mittheilung, die Collegen zur Vergleichung ihrer Erfahrungen mit meinen anregen. Die ferneren Erfolge bei Behandlung von Augenkrankheiten mit Sozojodol-Präparate werde ich mittheilen.

Literatur.

1) Chodin. Practische Augenheilkunde. Kiew 1887.

2) Mandelstamm. E. Klinische Vorlesungen über Augenkrankheiten. Kiew 1888—1894.

3) P. A. Popoff. Uebersicht der gegenwärtigen Ansichten über die Aetiologie und Therapie des Trachom. Mil. Med. Journ. 1893 XI.

4) J. Sassaparell. Behandlung des Trachom mittelst Sublimat. Mil. Med. Journ. 1891. III.

5) M. Dowgall. Von den Massregeln im Kampfe gegen das Trachom. Mil. Med. Journ. 1894. VI.

6) Lawrentjew. Behandlung des Trachom mittelst Ausschaben der trachomatösen Follikel. Mil. Med. Journ. 1894. VIII.

7) J. Sassaparell. Mechanisches Reiben mit Sublimat bis zur Blutung bei der Behandlung des Trachom. Mil. Med. Journ. 1894. XII.

8) N. Ljwow. Zur Behandlung der Hornhautkrankheiten. Mil. Med. Journ. 1894. XII.

9) Ernst Fuchs. Aegyptische Augenentzündung.

10) Dr. von Semlen. Eine Salbe gegen chron. Conjunct. bei Ekzema. Nach d. Refer. des Mil. Med. Journ. 1894. XII.

11) Arlt, Wohlfring, Adamuck u. a. — citirt theilweise nach Mandelstamm, theilweise nach Popoff.

12) F. Poljakoff: 200 Fälle von ambulatorischer Cataractextraction. Journ. d. Aughk. 1895. I.

13) K. M. Sapeschko. Zur Frage hinsichtlich der Transplantation der Schleimhaut. Dissertation Kiew. 1892.

14) A. Kortnew. Ueber die Behandlung einiger Krankheiten mittelst subconjunctivaler Sublimatinjectionen. Journ. d. Aughk 1895. II.

15) Referate über subconjunctivale Sublimatinjectionen und über ambulatorische Cataractextraction. Journ. d. Aughk. 1895. I.—V.

16) Andogsky, Dolganow und Prof. Belljarminow. Uebersicht der Wirksamkeit der oculistischen Streifzüge im Jahre 1894. Abdruck aus der Zeitung «Wratsch» vom Jahre 1895. Nr. 11.

Referate.

J. Jurinka. Zur conservativen Behandlung der menschlichen Aktinomykose. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. I. Heft 2.)

Die guten Erfolge bei der Anwendung des Jodkalium bei Aktinomykose haben eine um so grössere Bedeutung, als zahlreiche Behandlungsmethoden gegen jene hartnäckige Krankheit ins Feld geführt wurden, ohne dass eine derselben allgemeine Anerkennung finden konnte. Die vom Autor angeführten 16 Fälle, die er aus der Literatur sammeln konnte, beweisen, dass sich die Jodkaliumtherapie schon eine gesicherte Stellung zu erringen vermocht hat. Autor berichtet selbst über 2 Fälle schwerer Kieferaktinomykose und einen Fall von Perityphlitis aktinomykotica aus der Wölflerschen Klinik welche durch die Jodkaliumbehandlung einer dauernden Heilung zugeführt wurden. Die beiden Fälle von Hals- und Kopfaktinomykose gehören zu den schwersten dieser Krankheit. Der erste kam nach halbjährigem Bestande in 1½, der andere nach viermonatlicher Dauer in 6 Monaten zur Heilung. Die Beobachtungsdauer seit der definitiven Heilung beträgt bei beiden ein Jahr. Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, wurden in beiden Fällen ausser der innerlichen Jodkaliumtherapie (2—5 gr. täglich) nur einfache Spaltungen der auftretenden Abscessen, aber keine Auskratzungen oder Injectionen von irgend welchen Heilmitteln vorgenommen. Die ersten, recht in die Augen springenden Erfolge der Behandlung waren das Nachlassen der bestehenden heftigen Schmerzen und das rasche Zurückgehen der Kieferklemme. Aber noch später, nach Monaten, traten noch Erweichungsherde auf, die gespalten, Aktinomycespilze entleerten. Die Abscesse waren stets von geringer Grösse und enthielten ausser einer meist kleinen Anzahl von Körnern eine nur ganz geringe Menge von halbflüssigem Detritus. — Der dritte Fall begann mit Symptomen von Seiten des Darmes, denen sich bald die Zeichen des Ergriffenseins des pericöcalen Bindegewebes anschlossen. Als der Eiterherd eröffnet wurde, zeigte es sich, dass der Process sich weit in den Retroperitonealraum und zwar in einer Form ausgebreitet hatte, in der er mit chirurgischen Mitteln allein nicht hätte gründlich ausgerottet werden können. Die interne Darreichung, sowie locale Application von Jodkali brachten anhaltende Heilung. Sowie aber in den früher erwähnten Fällen nach scheinbar vollkommener Ausheilung doch später noch kleine Abscesse auftraten, so war dies auch in dem erwähnten Fall von Bauchaktinomykose, bei welchem nach dreimonatlicher Ruhe ein kleiner Hautabscess in Erscheinung trat. Wiederholte Untersuchungen bewiesen, dass in der Tiefe keine Spur eines Infiltrates zu finden war.

Die mikroskopische Untersuchung der zu verschiedenen Zeiten aus den Fisteln und Abscessen gewonnenen Aktinomyceskörner ergab keinerlei Unterschiede im Bau und den Bestandtheilen derselben. Das Jodkalium tödtet also den Pilz nicht, denn niemals haben abgestorbene Pilzmassen die Abscesse verlassen, wie es die Kulturen bewiesen, wohl aber hemmt es die Entwickelung und Vermehrung desselben im menschlichen Körper. In einem Nachtrage berichtet Wöfler noch, dass bei einem vierten Kranken mit Aktinomykose der Wange und des rechten Augenlides seit November 1895 Jodkalium innerlich und in Form von Umschlägen verabreicht wird. Die Heilung schreitet stetig fort, so dass nur ein kleines Infiltrat noch vorhanden war. Die Benarbung erfolgt ohne jede enstellende Einziehung, so dass die Haut schliesslich fast ihr normales Aussehen erlangt. Weyert.

H. Quincke. Ueber Pneumotomie bei Phthise. (Mittheil. aus den Grenzgebieten etc. Bd. I, Heft 2).

Obwohl die tuberculösen Lungenabscesse die häufigsten sind und schon seit langer Zeit eine lokale Behandlung derselben versucht wurde, ist diese doch niemals recht in Aufnahme gekommen und die Zahl der operativ behandelten Fälle eine beschränkte geblieben.

Die Methoden der Behandlung waren: 1) Einstich mit nachfolgender Einspritzung von Medicamenten (Mosler: übermangansaures Kali, Pepper: Jodjodkalilösung). 2) Eröffnungen der Höhle sind von Moser, Hüter etc. ausgeführt worden. Quincke konnte 11 Fälle, darunter einen eigenen nicht erfolgreichen, sammeln. Bei 3 Patienten verheilte die Operationswunde und konnte Besserung der Symptome constatirt werden, darunter aber nur bei einem dauernde Heilung. 3) Exstirpation des erkrankten Theils scheint bis jetzt selten und mit wenig Erfolg ausgeführt zu sein. 4) Die letzte Methode, Mobilisirung der Brustwand durch Rippenresektion, schliesst sich an den natürlichen Heilungsvorgang tuberculöser Lungenherde durch Schrumpfung und Narbenbildung an. Quincke empfahl sie nach der von ihm gemachten Erfahrung, dass die Ausheilung eines einfachen Abscesses auch ohne direkte Eröffnung angebahnt wurde, wenn man durch Resektion der nächstgelegenen Theile der Brustwand nur die Narbenretraktion in der Lunge ermöglichte und begünstigte. Aus Mangel an geeigneten Fällen ist er indessen zur Ausführung dieses Vorschlags nicht gekommen. Spengler hat aber einen Fall mitgetheilt, in welchem er durch das genannte Verfahren günstigen Erfolg erzielte (Thoraxschrumpfung, Caverne der linken Lunge geheilt). Auch Bier gelang es durch Resektion der II. und III. Rippe Schrumpfung der rechten Spitze, Besserung des Hustens und Allgemeinbefindens für 10 Monate zu erreichen. Dann bildeten sich neue Cavernen und bei der zweiten Operation starb Pat. an Emphysem und Chloroformwirkung. Man kann nur da von solchen Eingriffen etwas erwarten, wo der tuberkulöse Process beschränkt ist; wie oft und wie sehr man sich darin täuscht, lehrt die tägliche Erfahrung. Der Heilung aller Eiterhöhlen in den Lungen stehen zwei mechanische Hindernisse im Wege: die Sekretstauung und die Ausspannung der Lunge im Thoraxraum. Ersteres Moment kommt vorwiegend für die Höhlen der Unterlappen, letzteres für die in der Spitze gelegenen Höhlen in Betracht. Daher ist die Mobilisirung der Höhlenwand bei Spitzencavernen durch Abtragung der bedeckenden

Rippen wichtiger als die Eröffnung der Höhle Quincke möchte die Resection als das jedenfalls zuerst anzuwendende Verfahren hinstellen. Meist wird es sich um Entfernung eines Stückes der II., manchmal auch der III. Rippe handeln, von der ersten darf wegen Nähe der V. subclavia nur mit Vorsicht ein Theil des unteren Randes entfernt werden. Eine möglichst baldige Heilung der Wunde ist wünschenswerth, da ihr Offenbleiben für die beabsichtigte narbige Einziehung unnöthig ist. Die Operation sollte nur bei der fibrösen Form der Phthise vorgenommen werden, ist aber nicht an das Bestehen von Cavernen gebunden. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Richard Stern. Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Erstes Heft. Krankheiten des Herzens und der Lungen. Verlag von G. Fischer, Jena. 1896.

In letzter Zeit hat es die Unfallversicherungs-Gesetzgebung mit sich gebracht, dass dem Trauma eine weit grössere Bedeutung in seiner Eigenschaft als ursächliches Moment für so viele Krankheiten beigemessen wird, als es früher geschehen ist. In der Chirurgie steht ja das Trauma an der Spitze der aetiologischen Ursachen, aber auch in der internen Medicin, bei der Beurtheilung des Zustandekommens verschiedener inneren Krankheiten, oder bei einer Verschlimmerung schon bestehender Uebel ist dem Trauma keine zu unterschatzende Rolle zugefallen. Und dem ist so, seitdem die Aufmerksamkeit nach dieser Seite hingeleitet wurde. Das Studium dieses aetiologischen Momentes begann zunächst auf dem Gebiete der Neurologie. An die höchst lohnende Aufgabe das Trauma bei der Entstehung innerer Krankheiten verantwortlich zu machen, hat sich nun Stern gemacht. Bisher ist das erste Heft diesbezüglicher klinischer Studien erschienen. Nach einer kurzen Einleitung, in welcher Verfasser uns allgemein pathologisches über die Beziehungen zwischen Trauma und Krankheit bringt und es betont, dass die Kenntniss derselben hauptsächlich ihre practische Anwendung findet in der Unfallbegutachtung, enthalten die beiden ersten Abschnitte I. die Krankheiten des Herzens und der Aorta thoracica und II. Krankheiten der Lungen.

An der Hand beigefügter ausführlicher Krankengeschichten, die theils der eigenen Beobachtung Stern's entstammen, zum Theil anderen Autoren entlehnt sind, versucht Verfasser eine Erklärung der nach einem Trauma entstandenen Erkrankung zu geben. Stets sei zu beachten, ob eine Krankheit bereits bestanden, ein Organ schon geschwächt, durch pathologische Processe möglicherweise alterirt gewesen war und das Trauma nebenbei hinzugekommen die Krankheit zur vollkommenen, starken Entfaltung gebracht hat, oder ob wiederum ein bisher intactes Organ durch das Trauma zu später folgenden Leiden eine Praedisposition erlangt hat.

Dieses Werk Stern's ist von grossem Werthe für das Specialstudium der Unfallskrankheiten, besitzt jedoch auch kein geringes Allgemeininteresse, denkt man daran, dass oft kleine Ursachen, zu denen auch ein geringfügiges Trauma gehören kann, bisweilen Folgen nach sich ziehen, die eine mehr oder weniger starke Arbeitsunfähigkeit für das Individuum bedingen. Hecker.

Dr. Ernst Jahn. Die Arznei-Therapie der Gegenwart. Dritte, völlig umgearbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1896. Preis 6 M.

Dieses bereits allgemein als praktisch anerkannte Recepttaschenbuch liegt nun in seiner dritten umgearbeiteten Auflage vor und bringt ein vergrössertes Register von Mitteln. Es ist dazu bestimmt dem Arzte behilflich zu sein bei einer Krankheit ein geeignetes Mittel zu wählen, ist er mit der Diagnose ins Klare gekommen und hat die Krankenuntersuchung einen Abschluss genommen. Der Umfang ist jedoch kein ganz kleiner, deshalb kann das Buch wohl nur in einer Ambulanz verwendet werden oder vom Arzte zu Hause, wenn er über den weiter einzuschlagenden Weg in der Therapie einer bestimmten Krankheit nachdenkt. Die Eintheilung ist eine höchst bequeme und zwar alphabetisch nach den Krankheiten. Dabei sind nun alle Mittel und zwar bereits in Recepten aufgezählt, der Name desjenigen Autors, der das Mittel angerathen oder in die Therapie eingeführt hat am Schlusse des Receptes verzeichnet. Auf diesen letzten Umstand hinweisend, möchte Jahn einen neuen Gesichtspunkt eines Recepttaschenbuches berühren, und zwar den forensischen. Ein angeklagter Arzt ist so im Stande dem Richter ein unanfechtbares Beweismittel der Verordnung dieses oder jenes Mittels bei dieser oder jener Krankheit vorzulegen. Und zwar ist solch ein Beweismittel ein Recepttaschenbuch, wo bei den meisten Mitteln der Name eines Gewährsmannes vorhanden ist und welches alles Arzneilich-Gebräuchliche zusammenstellt unter dem Namen der Krankheit. Ein alphabetisches Verzeichniss der Mittel ist nicht vorhanden, es ist aber eigentlich auch nicht durchaus nothwendig bei dem Zwecke, welcher vom Verfasser dem Buche zugetheilt ist.

Wir können nur den Wunsch aussprechen, dass auch der neuen Auflage dieses Buches eine recht grosse Verbreitung zu Theil werden möchte. Hecker.

Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. Fünfter Jahrgang. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1895.

Bekanntlich bilden die «Encyclopädischen Jahrbücher» eine fortlaufende Ergänzung der Eulenburgschen Realencyclopädie. Die Anlage ist in beiden Werken dieselbe, nur lässt sich im Allgemeinen sagen, dass die Artikel der Jahrbücher noch mehr dem modernsten Wissen entsprechen. In dem vorliegenden 5. Jahrgang giebt es eine grosse Reihe werthvoller Arbeiten von actuellem Interesse; am meisten lobend hervorheben müssen wir die Bearbeitung der Gehirn- und Rückenmarktumoren von L. Bruns. Mit zum Werthvollsten, was die Jahrbücher bieten, sind die fortlaufenden kritischen Berichte Fürbringers über die Literatur des Abdominaltyphus.

Jeder Besitzer der Realencyclopädie wird gut thun sich die encyclopädischen Jahrbücher anzuschaffen, ohne welche die erstere nothwendig schnell veralten muss. W.

Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Jahrgang 1893/94. Redigirt von Prof. Dr. Th. Rumpf. Verl.: Hamburg und Leipzig, Leopold Voss 1896.

Uns ist soeben der vierte Band dieser inhaltlich ebenso reichen wie glänzend ausgestatteten Jahrbücher zugegangen. Im ersten Theil finden wir einen statistischen Rechenschaftsbericht über die vereinigten, im Ganzen gegen 2400 Betten zählenden Hamburgischen Krankenanstalten, der für die Direktoren grösserer Hospitäler, wie z. B. unserer Petersburger Stadthospitäler, des Vergleiches halber von grossem Interesse sein müsste. Theilt man die Zahl der Verpflegungstage aller Kranken in die Gesammtkosten des ganzen Betriebes, so stellt sich die Ausgabe pro Kopf und Tag für einen Kranken je nach den Abtheilungen auf 2,4 bis 3,8 Mark. Das sind Summen, welche bei uns zu Lande, wo das einfache Volk noch keine hohen Ansprüche an die Hospitalverpflegung stellt, bei weitem nicht erreicht werden und wohl auch kaum dargebracht werden könnten. Eine sehr wichtige Vervollkommnung haben die Anstalten dadurch erfahren, dass für sie ein eigner Verein von barmherzigen Schwestern gegründet worden ist, welcher die Aufgabe hat, die nöthigen Krankenpflegerinnen zu erziehen, ihnen eine auskömmliche Versorgung zu sichern, und falls die Krankenpflegerinnen, respective Schwestern krank oder invalid werden, ihnen eine sorgenfreie Zukunft zu schaffen. Die Statuten dieses Schwesternvereins sind im Jahrbuch abgedruckt.

Der zweite Theil desselben umfasst 656 Seiten, 57 Abbildungen im Text und 9 vortrefflich ausgeführte, phototypische Tafeln. Er enthält lediglich wissenschaftliche Arbeiten der an den Hamburgischen Staatskrankenanstalten angestellten Aerzte, welche nach dem Beispiel der Charitéannalen zusammengestellt, ein glänzendes Zeugniss ablegen für das rege wissenschaftliche Leben, welches in diesen grossartigen Anstalten herrscht. D—o.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 21. Februar 1896.

1) Dr. Hampeln bemerkt nachträglich zu seinem, auf der vorigen Sitzung vorgestellten Falle von Tracheo-Oesophagusfistel, dass nicht allein Luft durch die eingeführte Schlundsonde entströme, auch wenn Pat. beim Rauchen Rauch einsauge, dringt dieser durch die Sonde hervor; hierdurch wird die Diagnose noch sicherer gemacht.

2) Dr. v. Götschel reicht eine nach Röntgen photographirte Hand mit einer darin steckenden Nadel herum.

3) Dr. O. Klemm führt nachträglich an, dass er vor kurzem abermals eine Lumbalpunction gemacht habe. 2 Stunden später traten Krämpfe auf und 10 Stunden später erfolgte der Tod.

4) Dr. A. Huff hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Lungenactinomycose.» (Erscheint im Druck.)

Dr. Hampeln: Es mehren sich in letzter Zeit in Deutschland die Fälle von Lungenactinomycose, so dass man mit dieser Diagnose rechnen muss und sich nicht mehr auf die

Seltenheit der Strahlenpilzerkrankung dieses Organes verlassen darf. Verwechslungen mit Tuberculose sind gewiss nicht so selten. Die grösste Schwierigkeit in diagnostischer Hinsicht bietet das sog. II. Stadium der Lungenactinomycose. Der vom Vortrag. erwähnte Kranke in Davos bot die Symptome einer subchronischen Lungentuberculose, erst später gelang der positive Nachweis des Strahlenpilzes. Findet sich dieser, so ist die Diagnose sicher, ist dieses aber nicht der Fall, so ist der negative Befund an Tuberkelbacillen von Wichtigkeit.

Dr. v. Bergmann fragt an, ob Fälle bekannt sind, wo eine nachgewiesene Lungenactinomycose ohne operativen Eingriff ausheilte.

Dr. Hampeln: Der schon erwähnte Kranke in Davos genas, ohne dass die Krankheit in das Stadium III trat; die Diagnose war von Boström in Giessen bekräftigt worden, nach dessen Ansicht handelte es sich freilich um Bronchitis actinomycotica.

Dr. A. Huff kennt einen zweiten in Italien beobachteten Fall, der in Heilung endete; im Sputum hatten sich Drusen gefunden. Chiari beschreibt einen Fall von Darmactinomycose der genas, ohne dass operativ eingegriffen wurde.

5) Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Hysterie nach Vergiftung mit Leuchtgas.»

Redner bespricht die hysterischen Erscheinungen, wie dieselben im Anschlusse an Unfälle beobachtet werden und betont dass in allen derartigen Fällen das Trauma die Rolle des agent provocateur (Charcot) spiele, während die Hysterie in der Anlage des Menschen begründet sei. Eine «Traumatische Neurose» will Vortrag. nicht anerkennen, der Streit um diese sei doch thatsächlich nur ein solcher um die Hysterie. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen Gasmeister, der nach Einathmung von Leuchtgas den classischen Symptomencomplex der Hysterie darbot. Da der Kranke eine Entschädigungsklage gegen das Gaswerk angestrengt hatte, wurde die Frage aufgeworfen, ob Leuchtgasvergiftung als solche Hysterie erzeugen könne oder nicht? Vortrag. leugnet einen derartigen Zusammenhang und spricht die Ansicht aus, dass der Kläger schon vor dem Unfall nervöse Symptome dargeboten und dass seine Anfälle mehr durch die Angst vor dem Unfall als durch den Unfall selbst hervorgerufen seien.

(Erscheint in extenso in der Wiener medic. Wochenschrift.)

Dr. V. v. Holst: Ich habe ums Wort gebeten nicht um den Collegen auf seinen höchst interessanten Vortrag anzugreifen, sondern um ihm nicht nur meine Anerkennung, sondern den Dank der ganzen Versammlung auszusprechen für den höchst interessanten Vortrag und die eingehende und klare Behandlung der, dieses Thema berührenden sehr schwierigen Fragen. Ich kann dabei nur meine vollkommene Uebereinstimmung mit den, von dem Vortrag. ausgesprochenen Anschauungen declariren. Besonders haben mich die in präciser Kürze vorgebrachten Anschauungen über das Wesen der Hysterie und der sogenannten traumatischen Neurose sehr befriedigt. In Bezug auf letztere möchte ich mich dahin aussprechen, dass der in den letzten Jahren soviel besprochene Streit zwischen Charcot und Oppenheim über die Berechtigung oder Nichtberechtigung der Trennung der traumat. Neurose von dem Krankheitsbegriff der Hysterie, ein ziemlich irrelevanter zu sein scheint, denn das Krankheitsbild ist allgemein anerkannt und ob man es nun, wie Charcot will traumatische Hysterie oder nach Oppenheim als traumat. Neurose selbstständig hinstellt erscheint im Wesentlichen doch einerlei. Practisch aber hat es gewiss seine volle Berechtigung einen sich häufig wiederholenden und immer durch dieselbe Ursache hervorgerufenen Symptomencomplex von den vielfachen anderen Krankheitsbildern, auch durch eine bestimmte Bezeichnung abzutrennen.

Dr. Tiling theilt mit, dass der Kranke zunächst 10 Tage nach dem Unfall in der Anstalt Rothenberg beobachtet worden ist. Die Anamnese liess eine Gasvergiftung wahrscheinlich erscheinen, von vorausgegangenen Nervenerscheinungen war damals nicht die Rede. Die Symptome Benommenheit, Hinfälligkeit, Beängstigungen, hypochondrische Befürchtungen konnten diese Annahme wohl stützen. Später blieb lückenhaftes Gedächtniss, weinerliche Stimmung und Misstrauen gegen einen Mitangestellten während der kurzen Beobachtungszeit bestehen. In Folge dessen bescheinigte Redner auf Anfrage eines Advocaten, dass das Leiden wahrscheinlich in Folge von Gasvergiftung entstanden sei. Nachdem nun aber Redner Genaueres über das Vorleben des Patienten durch den Collegen Behr erfahren habe und auch über die näheren Umstände bei der Catastrophe orientirt sei, müsse er die Annahme einer Vergiftung fallen lassen und betrachtet nun auch das Leiden oder seine Exacerbation als traumatischen Ursprungs. Mit dem Collegen Behr kann er sich aber darin nicht einverstanden erklären, dass zwischen dem Vorfall und der späteren Arbeitsunfähigkeit kein causaler Zusammenhang bestehen sollte. Auch in Betracht der geäusserten Ansichten über das Wesen der traumat. Neurose kann Redner dem Collegen Behr nicht beistimmen. Es giebt leichtere und schwerere Fälle von traumat. Neurose, die letzteren kann Redner nicht mit Charcot, Schultze und And. als zur Hysterie gehörig betrachten. Sowohl eigene vielfache Erfahrung, als auch die von Oppenheim und And. haben ihn belehrt, dass das nach Trauma auftretende Leiden auf organischen Veränderungen des Gehirns beruhe; ausser leichteren Symtomen wie Schwindel, Gesichtsfeldeinschränkung Gedächtnissschwäche, Wechsel von Apathie und Jähzorn, treten auch wirkliche epileptische Anfälle, Diabetes (Epstein u. And.) etc. hinzu. Im Ganzen ist bei diesen Fällen die Tendenz zur Verblödung unverkennbar.

Dr. Schönfeldt: Im Grossen Ganzen schliesst er sich Tiling an, es giebt eine Reihe hysterischer Symptome, die nach Trauma auftreten, man darf aber nicht alle functionell nervösen posttraumatischen Störungen als hysterisch bezeichnen. Man muss das Krankheitsbild der traumatischen Neurose von dem der Hysterie abtrennen. Wenn Behr angegeben hat, dass Pat. nur subjective Symptome aufgewiesen hat, so muss S. dem widersprechen, denn die Pupillendifferenz, die anfangs bestand, dann aber rückgängig wurde, kann doch nicht als subjectives Symptom aufgefasst werden. Ferner weist S. auf die schweren Angstzustände hin, die den Pat. heimsuchen. Die Angst gehört nicht in das Bild der Hysterie, sie ist ein exquisit neurasthenisches Symptom. Behr behauptete ferner, der Kranke hätte deswegen seine Arbeitsfähigkeit eingebüsst, weil sich in ihm die Vorstellung befestigt hatte, er könne in der Gasanstalt nicht mehr arbeiten. Auf Zureden S. hat der Kranke auf 6–8 Wochen bei einem Schlosser Arbeit gefunden, damals war von dem Process noch keine Rede. Er arbeitete um kärglichen Lohn (40 Cop. wöchentlich) 8–10 Stunden täglich mühselig. Nach 8—10 Wochen war er so erschöpft, dass er die Arbeit aufgeben musste. Der Versuch an anderen Orten zu arbeiten scheiterte kläglich, da ihn Niemand behielt, wegen seiner Anfälle, die ihn oft mitten in der Arbeit ereilten, so dass er hinausgetragen werden musste.

Die Pupillendifferenz, die Angstzustände, das Vorwalten der Psychose gehören nicht zum Bilde der Hysterie. Wenn ja auch zuzugeben ist, dass der Kranke an mannigfachen hysterischen Symptomen litt, so hält S. es doch unstatthaft die ganze Erkrankung als Hysterie zu bezeichnen. Eine gewisse Stupidität wurde auch schon in Rothenberg an dem Kranken beobachtet. Es erscheint müssig sich darauf zu capriciren, dass ihn nicht der Unfall selbst, sondern die Angst vor diesem krank gemacht habe, dass der Unfall zu seiner augenblicklichen Erkrankung im Causalitätsverhältniss stehe ist doch nicht zu leugnen. Allerdings handelt es sich um ein Individuum mit ausgesprochener neuropathischer Diathese, das bis zur allerletzten Zeit auf einem verantwortungsvollen Posten gestanden hat. Warum übertrug man ihm diesen, da sein Zustand ja bekannt war? Es fragt sich nun, war der Mann bis dahin arbeitsfähig und datirt seine jetzige Arbeitsunfähigkeit von dem Unfall? College Behr hat seine Angaben von Technikern und Fachleuten, die ruhig und objectiv urtheilen, weil sie eben gesund sind und der Unfall bei ihnen eine andere Rolle spielt, als in der kranken Psyche des Patienten.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Dr. med. Emil Théremin †.

Am 5. August starb in Terijokki nach kurzem Unwohlsein einer unserer bekanntesten Kinderärzte — Dr. Emil Théremin. Der Verstorbene war am 27. Januar 1837 geboren. Die Familie stammte aus Frankreich, der Vater war preussischer Unterthan. Der Verstorbene trat 1862 in den russischen Unterthanenverband. Nachdem er die hiesige Commerzschule absolvirt, bestand er das Eintrittsexamen in die medico-chirurgische Akademie, die er 1860 als Arzt und mit der Würde eines Acoucheurs und Kreisarztes verliess. 1862 wurde er supranumerärer Arzt am hiesigen Findelhause, 2 Jahre später jüngerer Ordinator und 1867 Prosector daselbst. 1873 gab er, gleichzeitig mit seiner Ernennung zum älteren Ordinator die Prosectur auf. 1876 machte er in Dorpat das Doctorexamen und wurde in demselben Jahr auf Grund seiner Dissertation: «Ueber Occlusion des Dünndarms» zum Doctor medicinae promovirt. 1886 wurde er als Nachfolger des verstorbenen Dr. Fröbelius zum Oberarzt am Findelhause ernannt. Diesen Posten bekleidete er bis zum December 1890. In dieser Zeit vertrat er auch zweimal (1887 und 1890) die Stelle des Medicinalinspektors des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria. 1887 wurde er Mitglied des medicinischen Conseils desselben Ressorts. In den letzten Jahren war er Oberarzt der Ambulanzen der Kaiserlichen Philanthropischen Ge-

sellschaft. — Im Findelhause avancirte der Verstorbene bis zum Wirkl. Staatsrath und erhielt alle russischen Orden vom Stanislaus-Orden II Cl. bis zum Wladimir-Orden III Cl. Im Anfang dieses Jahres bekam er den Stanislaus-Orden I Cl. Von den literärischen Arbeiten des Verstorbenen seien hier genannt:

1) Ein Fall von Transposition der Aorta und Arteria pulmonalis (russisch). Медиц. Вѣстникъ 1879.

2) О причинахъ смертности дѣтей въ грудныхъ отдѣленіяхъ Воспитательнаго дома. Спб. 1893.

3) Etudes sur les affections congénitales du coeur, mit Atlas (Paris. 1895).

Kleinere Aufsätze veröffentlichte er in den Jahresberichten des Findelhauses.

In seiner langjährigen und vielseitigen Thätigkeit kam der Hingeschiedene mit allen, den höchsten und niedrigsten Bevölkerungskreisen der Residenz in Berührung. Ueberall verschaffte ihm sein Fleiss, seine Gewissenhaftigkeit, sein durch und durch ehrenhafter Charakter und sein liebenswürdiges Wesen reiche Anerkennung und grosse Popularität. Die besondere Dankbarkeit vieler Collegen hat er sich dadurch erworben, dass er festen und treuen Charakters allerlei Strömungen Stand hielt und sich in seinem Handeln nur vom Gerechtigkeitsgefühl leiten liess, wo es galt seinen Einfluss für Andere geltend zu machen. Gerade deshalb wird sein Verlust von Vielen schmerzlich empfunden werden. Möge er in Frieden von seinem fruchtbaren Erdenwirken ausruhen!

Achter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wenden.

Programm.

Eröffnung des Aerztetages

Donnerstag den 29. August 1896.

12 Uhr Mittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 12 — 2 Uhr Nachmittags.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Bericht der auf dem VII. Aerztetage gewählten Commission betreffend das Reglement für die Schutzpockenimpfung.
4. Referat über den Bestand und die Wirksamkeit «der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.»
5. Vortrag des Herrn Dr. P. Bergengrün: «Ueber Schleimhauterkrankungen der Nase, des Mundes, Rachens und Kehlkopfes bei Lepra tuberosa» (mit Demonstration).

2 Uhr Nachmittags.

Eröffnung des von der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» neu errichteten Leprosoriums bei Wenden.

II. Sitzung von 4 — 7 Uhr Nachmittags.

1. Bericht der auf dem VII. Aerztetage gewählten Commission in Sachen der Bekämpfung der Lues.
2. Wahl eines Vertreters der «Gesellschaft livländischer Aerzte» für den Petersburger Congress.
3. Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues . . . . C. Ströhmberg.
4. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die im Stadtkrankenhause zu Riga gemachten Erfahrungen mit dem Behringschen Diphterieheilserum» W. Vierhuff. (Correferat über die diesbezüglichen Erfahrungen in Jurjew (Dorpat) von M. Gurwitsch.
   b) «Ueber die Altersveränderungen des Herzens . . . . C. Dehio.
   c) «Ueber Entfettungscuren.» . . . . R. Koch.
   d) «Balantidium coli im menschlichen Darm (nebst Demonstration). . . . M. Gurwitsch.
5. Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzungen.

Freitag den 30. August.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 10—1 Uhr.

1. Demonstrationen, Krankenvorstellung und kleinere Mittheilungen.
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ein Fall von Sclerodermie» (nebst Demonstration) . . . . G. Engelmann.
   b) «Zur Therapie des Eczems.» . . . . B. Boettcher.
   c) «Die Behandlung der Varicocele.» . . W. v. Zoege-Manteuffel.
   d) «Ueber Fracturen und ihre Behandlung.» . . . . G. von Bergmann.

IV. Sitzung von 3 — 7 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Ueber die Arbeitsfähigkeit der Einäugigen. . . . . C. Dahlfeldt.
   b) «Ueber den Werth der Nasenspülungen» . . . . P. Bergengrün.
   c) «Zeitgemässe Betrachtungen über die Behandlung des eitrigen Mittelohrcatarrhs.» . . . . R. Otto.
   d) «Welche Wege kann die eitrige Mittelohrentzündung beim Uebergang ins Gehirn nehmen und wie diagnosticiren wir die cerebrale Affection.» . . A. von Zur-Mühlen.
2. Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzungen.

Sonnabend den 31. August.

Tagesordnung.

V. Sitzung von 9—12 Uhr Vormittags.

1. Bericht der vom VIII. Aerztetage gewählten Commission betreffend die Frage des «Selbstbestimmungsrechtes der Frau.»
2. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   a) «Aphorismen über die Behandlung Geisteskranker.» . . . . A. Behr.
   b) «Ueber die combinirte Untersuchung nach Thure Brandt-Dührssen» . . . H. Adolphi.
   c) «Zur Diagnose der malignen Erkrankungen des Endometriums» . . . . E. Graubner.
   d) «Zur Therapie der Retroversio» . . J. Meyer.
3. Berathung über etwa wünschenswerthe Abänderungen oder Ergänzungen der Statuten (nach § 23 der Statuten).
4. Verlesung des Protocolls der heutigen Sitzung.

12 Uhr Mittags.

Schluss des VIII. Aerztetages.

Vermischtes.

— Der berühmte Berliner Pathologe, Geheimrath Prof. Dr. Rudolph Virchow, ist mit seinem Sohne Prof. Dr. Hans Virchow aus Riga, wo er bekanntlich am Archäologischen Congress theilnahm, über Jurjew (Dorpat) und Reval zu kurzem Besuch in St. Petersburg eingetroffen. Bei seiner Ankunft in Jurjew (Dorpat) wurde, wie wir der «N. Dorpt. Ztg.» entnehmen, der illustre Gast am Bahnhof von dem Präses der Gesellschaft livländischer Aerzte, Dr. H. Truhart, von Vertretern der dortigen medicinischen Gesellschaft Dr. Jaesche und Dr. W. Kieseritzky und vom Prof. Dr. W. Afanassjew (Nachfolger Prof. Böttchers auf dem Lehrstuhl der Pathologie) bewillkommnet. Am nächsten Vormittag besuchte Prof. Virchow das pathologische Institut, wo er die Böttcher'schen Sammlungen besichtigte, die Universität, die Universitätsbibliothek und das Veterinär-Institut und folgte darauf der Einladung der medicinischen Gesellschaft zu einem Frühstück im Handwerker-Verein, an welchem auch die Docenten des Veterinär-Instituts und Prof. Afanassjew theilnahmen. Nachdem Dr. J. Jaesche den Gast in warmer Ansprache als bahnbrechenden Forscher gefeiert hatte, erhob sich Prof. Virchow zu einer längeren Rede, in der er namentlich auch seiner Beziehungen zur Universität Dorpat gedachte. Er erwähnte, dass gerade Livländer seine ersten Schüler geworden, wie er denn auch mit seinem Schüler Prof. Böttcher viele Jahre im Verkehr gestanden, und dass gerade in Dorpat seine ersten bahnbrechenden Arbeiten Unterstützung und Bestätigung gefunden. Durch diese Vermittelung der Dorpater Universität sei er mit den Aerzten Russlands überhaupt in Beziehung getreten; so habe er auch die Prof. Botkin und Sacharjin zu seinen Schülern zählen können. Auf die Fortschritte der medicinischen Wissenschaft eingehend und Ausblick auf die Zukunft

der Therapie thuend, erwähnte Redner dann in gleicher Weise der (Dorpater) ausgehenden Bestrebungen zur Bekämpfung der Lepra, was einst nicht einmal einem der mächtigsten der Päpste gelungen sei — die Isolirung der Kranken in Lepra-Asyle — werde hier durchgeführt. Redner schloss mit einem Hoch auf die livländischen Aerzte.

Дозв. ценз. Спб. 17 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, (5. September) 24. August **1896**

Ein Beitrag zur Amputationstechnik, mit besonderer Berücksichtigung der Neudörferschen Amputations-Methode.

Von
Dr. med. Rudolf Wanach,
Ordinator am Peter-Paulhospital in St. Petersburg.

Die Geschichte der Amputationen ist deshalb eins der interessantesten Capitel aus der Geschichte der operativen Chirurgie, weil sie so scharf und greifbar die jeweilig herrschenden allgemeinen Anschauungen und Regeln widerspiegelt, wie wenige andre Theile der Akiurgie. Jede wesentliche Neuerung im Gebiet der allgemeinen Operationslehre, insbesondere im Gebiet der Wundbehandlung — dem α und ω der operativen Chirurgie — war von actuellstem Interesse für die Amputationslehre, wurde an ihr auf ihren Werth geprüft und kam ihr, wenn sie sich als thatsächlicher Fortschritt bewährte, zu Gute. In alten Zeiten nur auf die Entfernung abgestorbener Körpertheile, später auf qualvolle und irrationelle Versuche beschränkt, konnte die Amputation sich erst zum Range einer chirurgischen Operation erheben, als die geniale Methode der Blutstillung durch Unterbindung der Gefässe von Ambrosius Paré um die Mitte des XVI Jahrhunderts auch bei ihr principiell angewandt wurde. Nachdem so die Kranken vor dem sofortigen Verblutungstode geschützt waren, hafteten der Amputation noch die Mängel aller grossen Operationen an — die Wundkrankheiten rafften eine erschreckend hohe Zahl der Kranken weg. Die Bemühungen der Chirurgen, durch Verbesserung der Technik der Complicationen des Wundverlaufs Herr zu werden, wurden nur zum geringen Theil von Erfolg gekrönt; sie hatten aber das Gute, dass sie gleichzeitig auf die Erzielung eines guten Endresultates, nämlich eines brauchbaren Stumpfes, gerichtet waren und darin wesentliche Verbesserungen erzielten. Immerhin konnte M. Wahl[1]) nach 1873 sagen: «Und fragen wir uns, was sind die Resultate dieser Bestrebungen, so müssen wir uns betrübt antworten: unsere Amputirten sterben zum Theil noch ebenso wie früher, und bezüglich der angestrebten Vergrösserung der Brauchbarkeit des Stumpfes spottet in den allermeisten Fällen immer noch die bekannte conische (Zuckerhut-) Form der meisten Amputationsstümpfe unserer Mühen.» Ein grosser Fortschritt wurde erst wieder durch die Einführung der offenen Wundbehandlung, besonders aber durch die epochemachenden Aufklärungen über die Aetiologie der Wundkrankheiten (Pasteur, Koch) und durch ihre Nutzbarmachung für die chirurgische Praxis (Lister) angebahnt. In sehr eclatanter Weise spricht sich das in dem grossen Werk von M. Schede[2]) aus. — Seit wir von der Antisepsis zur Asepsis übergegangen sind, scheint in der Wundbehandlung ein gewisser Abschluss erreicht zu sein; die Möglichkeit eines weiteren wesentlichen Fortschrittes, wenigstens auf prophylaktischem Gebiet, lässt sich vorläufig nicht erkennen.

Kann man nun auch die specielle Technik der Amputationen als abgeschlossen und vollendet bezeichnen? Diese Frage muss mit Nein beantwortet werden. Es ist wichtig zu betonen, dass die Asepsis nur einen Theil, wenn auch einen sehr wesentlichen, der Wundbehandlung ausmacht; sie schützt nicht vor den üblen Folgen technischer Fehler. Ist der Prophylaxe genügt, so beginnt erst die active Behandlung. Ueber diese aber sind, was die Amputation betrifft, die Acten trotz Jahrhunderte langer Vorarbeiten noch keineswegs geschlossen. Das berechtigt und verpflichtet uns, vom modernen Standpunkt aus die Frage wieder einmal zu discutiren.

Nachdem die schnelle Ausführbarkeit der Operation seit Einführung der Narkose nur noch ausnahmsweise in wesentlichen Betracht kommt — bei bestehender Contraindication gegen die Narkose — sind es hauptsächlich zwei Rücksichten, die uns jetzt wie früher bei

[1]) M. Wahl Bemerkungen zur Amputationsfrage. Archiv für klin. Chir. Bd. XV, pag. 652.

[2]) Schede. Allgemeines über Amputationen, Exarticulationen und künstliche Glieder. — Handb. der allgem. und spec. Chir. von Pitha und Billroth. 1882.

der Wahl der Amputationsmethode zu leiten haben; wir müssen für die rasche Heilung förderliche Wundverhältnisse schaffen und einen möglichst brauchbaren und schmerzlosen Stumpf formen. Der Unterschied gegen früher besteht darin, dass wir jetzt dank den Fortschritten der Technik diesen Forderungen leichter genügen können und dass die Mittel, mit denen wir das zu erreichen suchen andere — im Allgemeinen einfachere — sind.

Jede Wunde heilt um so besser, je weniger die Gewebe lädirt werden. Die Zeiten, wo wir durch Missbrauch der Antiseptica die Gewebe chemisch in ihrer Ernährung und Function schädigten, sind vorüber. Es erübrigt, die bei jeder Operation unumgänglich nothwendige mechanische Läsion auf das geringste Maass herabzusetzen. In erster Linie kommen natürlich bei den Amputationen die für die Ernährung und Function wichtigsten Organe — Nerven, Blutgefässe und Muskeln — in Betracht, aber auch die Anlage des Hautschnittes, die Art der Durchtrennung der verschiedenen Gewebe etc. sind immer mit besonderer Rücksicht auf Schonung zu machen. Dieses Schonungsprincip verleiht der Chirurgie der Gegenwart ihr charakteristisches Gepräge; es mit besonderem Nachdruck betont und mit bewundernswerther Consequenz durchgeführt zu haben, ist eins der grössten unter den vielen Verdiensten Th. Kocher's [3]).

Wollen wir dieses Princip auf die Amputationen anwenden, so müssen wir einen wesentlichen Unterschied zwischen atypischen und typischen Amputationen machen. Jene entspringen gerade dem Bedürfniss, die operative Verletzung so gering wie möglich zu gestalten, lebensfähige Theile nach Möglichkeit zu conserviren, nicht nur das Nöthige zu thun, sondern auch das Unnütze zu lassen. Es verhält sich damit ebenso wie mit den immer häufiger angewandten partiellen und atypischen Resectionen der Knochen und Gelenke. Am häufigsten sind wir berechtigt, atypisch zu amputiren, wo die Gewebe nicht schon durch vorhergegangene Krankheiten in ihrer Ernährung beeinträchtigt sind — also bei Verletzungen. Freilich sind primäre Amputationen bei complicirten Fracturen jetzt nur in Ausnahmefällen zulässig — häufiger werden sie vielleicht bei Schussverletzungen nöthig sein. Wie schon Schede (l. c.) nachdrücklich hervorgehoben hat, ist in diesen beiden Kategorien nicht so sehr der Grad der Knochen- oder Muskelverletzung, als die Grösse und der Charakter der äusseren Wunde maassgebend. Je mehr die Kleinheit der Hautwunde die Verletzung einer subcutanen ähnlich macht, um so weiter dürfen wir im Versuch zu conserviren gehen. — Einen andern Charakter haben die so sehr häufigen schweren Maschinenverletzungen. Hier handelt es sich um weit offene, gequetschte oder gerissene, meist stark verschmutzte Wunden, Abreissungen, etc. Auch hier kann noch häufig die primäre Amputation umgangen werden, ohne dass der Kranke in Lebensgefahr gebracht wird, wenn man nur das moderne Rüstzeug richtig zu handhaben weiss; bestimmte Regeln lassen sich nicht aufstellen, je erfahrener der Chirurg gerade auf diesem Gebiete ist, um so schönere Resultate wird er erzielen. Ist die Verletzung derart, dass das conservative Verfahren völlig aussichtslos ist, muss man also amputiren, so wird man sich allermeist darauf beschränken können und müssen, die sicher nicht lebensfähigen Theile zu entfernen, die gesunden aber so weit zu erhalten, als es die Rücksicht auf die Bildung eines guten Stumpfes irgend zulässt. Auch hier ist durch das Aufstellen allgemeiner Regeln nichts zu lehren; der praktisch Erfahrene wird in jedem Fall die besonderen Verhältnisse, oft scheinbar geringfügige Umstände, zum Vortheil des Kranken auszunutzen wissen. Dass auch bei abgegrenzter Gangrän (Frostbrand, traumatische, entzündliche Gangrän) und bei entzündlich veränderten Weichtheilen oft atypisch vorzugehen ist, sei als allgemein bekannt, nur beiläufig erwähnt (cf. auch Simon [4]).

Ist die Indication zu einer typischen Amputation gegeben (Gelenktuberculose, Neubildungen, fortschreitende Gangrän oder septische Phlegmone, irreparable Difformitäten etc.), so steht uns eine grosse Reihe von Methoden zu Gebote. Eine recht grosse Anzahl derselben, so namentlich die an den Gelenkenden üblichen osteoplastischen Amputationen, denen allen die geniale Pirogow'sche Methode zum Prototyp dient, (Günther, Lefort, Gritti, Ssabanejeff, Wladimirow-Mikulicz u. A.), ferner gewisse Exarticulationen (Lisfranc, Chopart) haben sich längst ihr Bürgerrecht erworben. Sie haben ihre bestimmten bekannten Indicationen. Für die kleinen Amputationen (Finger, Zehen, Mittelhand- und Mittelfussknochen) ist die Wahl der Methode von nur untergeordneter Bedeutung, gute Resultate lassen sich auf sehr verschiedene Weise erzielen. — Es bleiben dann noch die im Bereich der Diaphysen der grossen Extremitätenknochen auszuführenden Amputationen übrig (Vorder- und Oberarm, Unter- und Oberschenkel).

Die Ansichten über die hier anzuwendenden Methoden gehen noch gegenwärtig weit auseinander, wie ein Blick in die Lehrbücher zeigt. Die Einen bevorzugen im Allgemeinen die Cirkelschnitte, die Meisten allerdings Lappenschnitte; jede der fast unzähligen Varianten dieser beiden Grundtypen, die fast alle aus älterer Zeit stammen, findet ihre Vertheidiger und Lobredner. Dem modernen Schonungsprincip werden alle diese Methoden nicht gerecht, im Gegentheil, sie verstossen gegen dasselbe oft in hohem Maasse. Sie gestalten die Wunde nicht nur complicirt und unregelmässig, indem sie die Weichtheile in verschiedene Schichten zerlegen und auseinanderzerren, sie fordern ausserdem noch die Entfernung gesunder Theile (namentlich Muskeln), die im Interesse einer guten Gestaltung und Function des Stumpfes besser erhalten blieben. Muskeln wegzuschneiden «weil sie später doch atrophiren» — das ist eine schlechte Begründung, die auch durch die unzähligen Wiederholungen, denen man überall begegnet nichts gewinnt. Ferner aber entsteht durch die Entfernung der Muskeln eine Wundhöhle, die eigens drainirt werden muss, die Blutstillung wird durch mehrfaches und schräges Anschneiden der Gefässe erschwert. Endlich ist ein wesentlicher Nachtheil der üblichen Methoden, dass bei fast allen das abpräparirte Periost seiner Haupternährungsgefässe und damit der Fähigkeit, neuen Knochen zu produciren, beraubt wird. Diesem letzten Umstand hat man seit langer Zeit grössere Beachtung geschenkt in der richtigen Erkenntniss dessen, wie wichtig der knöcherne Verschluss der Markhöhle des Knochenstumpfes ist.

Als Urheber der «periosteoplastischen» Amputation ist Philipp von Walther bekannt, der 1813 in 2 Fällen die Sägefläche des Knochens mit Periost bedeckte. Nach Harbordt (cit. nach Schede l. c.) waren bis 1867 nur 8 Fälle ebenso operirt. Von russischen Aerzten war Feoktistow [5]) 1865 für die Methode warm eingetreten; er rühmte ihr schnellere Heilung, Vermeidung der Sägeflächennekrose, Schutz vor Osteomyelitis des Stumpfes nach, doch sind seine Krankengeschich-

[3]) Th. Kocher, Chirurgische Operationslehre. II. Auflage Jena, G. Fischer 1894.

[4]) G. Simon, Ueber die Bedeckung der Amputations- und Exarticulationswunden mit krankhaft veränderten oder gequetschten Weichtheilen. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. VIII. pag. 63.

[5]) Feoktistow. Ueber die Erhaltung des Periosts bei Amputationen an den Extremitäten. Berliner klin. Wochenschr. 1865 pag. 12 und 24 (Uebers. von Massmann).

ten nicht sehr überzeugend. 1866 bespricht Szymanowski[6]) in einer geist- und gedankenreichen, aber an praktischen Belägen und positiven Resultaten armen Arbeit (cf. Kade[7]) die Frage. Er erwartet auf Grund eines Präparates von der Periostbedeckung, dass sie das spätere Spitzwerden des Knochenstumpfes, die «Exfoliatio insensibilis» verhindern werde. 1870 empfahl Langenbeck[8]) sehr warm die Bildung eines Periostlappens zur Bedeckung des Knochenstumpfes. Die Resultate blieben aber wohl hinter den Erwartungen zurück, die Methode schien sich nicht recht einbürgern zu wollen. Häufig genug wurde beobachtet, dass der Periostlappen sich aufrollte und retrahirte, sodass die Sägefläche doch wieder bloslag. Lehmann (cit. nach Schede l. c.) kam 1869 nach langer und sorgfältiger Beobachtung zu der Ueberzeugung, dass die Erhaltung des Periosts nur dann die schon erwähnten Forderungen — Verhinderung der Sägeflächennecrose und der nachträglichen Atrophie des Knochenstumpfes — erfülle, wenn der natürliche Zusammenhang zwischen Periost und umgebenden Weichtheilen erhalten bliebe. — Auch Mosengeil[9]) (1873) «legt Gewicht darauf, dass kein reiner Periostcylinder abgelöst werde, sondern die ganze Hülle der deckenden Weichtheile, sodass das Periost nur die Intima dieses Hohlcylinders darstellt.» Er macht zunächst die vollständige Amputation mit gewöhnlichem Lappenschnitt, löst dann nachträglich das Periost eine Strecke weit nach oben los und sägt noch einmal den entblössten Knochen ab. — Dasselbe Postulat — das Periost mit den Weichtheilen in Zusammenhang abzupräpariren stellte Schneider[10]) 1877 sehr nachdrücklich auf und beschrieb eine neue Methode, die aber wegen der complicirten — oberflächlichen und tiefen — Lappenbildung wenig sympathisch ist. S. bildet zunächst Hautlappen, schneidet dann Muskeln und Periost mit einem Cirkelschnitt durch und sägt den Knochen ab; dann lässt er die Muskeln nach oben ziehen, macht in den dabei entstehenden Muskelkegel zwei seitliche Längsschnitte bis auf den Knochen, präparirt die so entstandenen vorderen und hinteren, aus Muskeln und Periost in Zusammenhang bestehenden Lappen ab und durchsägt den Knochen noch einmal an der Basis dieser Lappen. S. ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden und hat nie conische Stümpfe erhalten. — Trotz aller dieser Bemühungen waren die Resultate, wenigstens die Dauerresultate der periosteoplastischen Amputationsmethoden noch bis 1883 so wenig bekannt oder so wenig befriedigend, dass Schede in seinem mehrfach citirten Werk zu keinem abschliessenden Urtheil kommt; er spricht sich nicht direct gegen, aber auch garnicht für dieselben aus. Auch auf dem Kopenhagener internationalen Congress 1884 waren die Meinungen getheilt. Paquet[11]) verwarf die Erhaltung des Periosts wenigstens bei der Oberschenkelamputation von Kindern, weil er darnach excessive Osteophytenbildung am Stumpf gesehen hatte, die die nachträgliche Resection nöthig machte. Nicaise[12]) und Andere dagegen empfahlen die Erhaltung des Periosts für alle Fälle. So blieb die Frage denn offen, bis in neuer Zeit Bier[13]) in seinen Arbeiten, die als bekannt vorausgesetzt werden dürfen, der besseren Gestaltung des Knochenstumpfes speciell seine Aufmerksamkeit zuwandte. Die Bier'sche Methode — eine originelle Knochenplastik — ist noch zu neu, um über sie abschliessend zu urtheilen, obgleich schon günstige Erfahrungen auch anderweitig gemeldet werden[14]).

Wesentliche Neuerungen in der Bildung des Weichtheilstumpfes wurden schon seit langem garnicht mehr versucht.

Das Bedürfniss nach einer Amputationsmethode, die nicht nur den sicheren knöchernen Verschluss der Markhöhle des Knochens, sondern auch eine günstigere Gestaltung des Weichtheilstumpfes garantirte, dabei einfache Wundverhältnisse schüfe und nicht complicirt in der Ausführung wäre, — blieb unzweifelhaft bestehen. Da veröffentlichte im Jahr 1891 Neudörfer[15]) einen sehr beachtenswerthen, aber leider wenig beachteten Vorschlag «zur Technik der Gliederabsetzung.» Die eigenartige Methode konnte von ihrem Erfinder am Lebenden nicht genügend geprüft werden und blieb vielleicht deshalb unbekannt. Referirt ist sie meines Wissens nur im Virchow-Hirsch'schen Jahresbericht, wo Gurlt sich mit aller Reserve über sie ausspricht, in dem von Sajous herausgegebenen «Annual of the medical sciences» und in der St. Petersburger med. Wochenschrift[16]), wo ich in einem ausführlichen Referat Alles Wesentliche mitgetheilt habe. Sehr günstig hat sich über die Methode Meisenbach[17]) auf Grund zweier Oberschenkelamputationen ausgesprochen. Das ist Alles, was ich in der Literatur über die Neudörfersche Methode gefunden habe. Doch muss hier erwähnt werden, dass die bekannter gewordene Methode der Unterschenkelamputation, die Bruns[18]) 1893 als neu beschrieb, im Wesentlichen identisch ist mit der von Neudörfer als für alle Amputationen und Exarticulationen gültig bezeichneten Methode; Bruns hat offenbar die Neudörfersche Arbeit nicht gekannt.

In Bezug auf alle Details muss auf die Neudörfersche Arbeit verwiesen werden. Um ihren wesentlichen Inhalt kurz zu skizziren sei hier folgendes erwähnt.

Bei Amputationen, welche die Durchtrennung nur eines Knochens erheischen (Oberarm, Oberschenkel) verfährt man folgendermassen: An der Stelle, wo man den Knochen absetzen will, sticht man ein spitzes Resectionsmesser durch die Weichtheile bis auf den Knochen an der vorderen oder äusseren Seite des Gliedes und führt den Schnitt c. 6 Cm. am Oberarm, c. 12 Cm. am Oberschenkel in der Richtung der Extremitätenachse nach abwärts, dabei die Weichtheile in einem Zuge bis auf den Knochen durchtrennend. An der Einstichstelle wird das Periost mit einem Raspatorium rings vom Knochen abgelöst und der Knochen wie bei der Osteotomie mit dem Meissel durchgeschlagen. Darauf wird

6) Szymanowski. Die «wilde» Amputation in unseren Tagen. St. Petersb. medicin. Ztschr. 1866, pag. 321.

7) Kade. Ein Wort der Erwiderung auf «Die «wilde» Amputation in unseren Tagen» des Herrn Prof. Szymanowski in Kiew. Ibidem 1867 pag. 41.

8) Langenbeck. Ueber Lappenamputation. Berliner klin. Wochenschr. 1870 pag 162.

9) Mosengeil. Ueber ein mit nachfolgender subperiostaler Resection des Knochenstumpfes combinirtes Amputationsverfahren. Arch. für klin. Chir. Bd. XV pag 716.

10) Schneider. Ueber subperiostale Amputationen. Berl. klin. Wochenschr. 1877 pag 553.

11) Paquet. Sur l'amputation sous-périostée. Congrès périodique international des sciensces médicales. 8. session, Copenhague 1884. Compte-rendu T. II. 1886. Section de chirurgie.

12) Nicaise. Des amputations sous-périostées. Ibidem.

13) Bier. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 36.
Derselbe, Verhandlungen des XXII. Congresses der deutschen Gesellsch. für Chirurgie 1893.
Derselbe, Langenbecks Archiv f. klin. Chir. Bd. 50.

14) Gleich. Beitrag zur Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe nach Bier. Wiener klinische Wochenschr. 1894. Nr. 30 und Ritschl. Ein Fall von doppelseitiger tiefer Unterschenkelamputation mit plastischer Fussbildung nach Bier. Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. XIII. pag 599.

15) Neudörfer. Zur Technik der Gliederabsetzung. Wiener med. Wochenschr. 1891. Nr. 2—5.

16) St. Petersb. med. Wochenschr. 1891 pag. 263.

17) Meisenbach. Neudörfer's method of amputating extremities, with a report of two thigh amputations. Annals of surgery Vol. XX pag. 355. 1894.

18) P. Bruns. Ein neues Verfahren der Amputation des Unterschenkels (subperiostale Amputation). Beiträge zur klin. Chir. Bd. X. Heft 2. 1893.

das untere Fragment aus dem verticalen Schlitz herausluxirt und das Periost vom ganzen Umfang des Knochens abgelöst. Die Weichtheile werden darauf unterhalb der Knochenabsetzung mit einem gewöhnlichen Scalpell in einer Ebene quer durchtrennt. Sie sind nirgends gegen einander verschoben, nicht in ihrem Zusammenhang gelockert, Gefässe und Nerven können nicht mehrmals angeschnitten werden. Es wird nun zunächst das Periost lineär am Längs- und Querschnitt vernäht, dann folgt Etagennaht der Muskeln parallel der Periostnaht und endlich Naht der Hautwunde. Wo zwei Knochen zu durchtrennen sind, geschieht die Amputation im Wesentlichen ebenso, wie beschrieben: Längsschnitte bis auf die Knochen, Entblössung und Durchmeisselung der Knochen am Ort der Nothwendigkeit, Luxirung der distalen entblössten Knochen aus ihrer Periostscheide, lineare Durchschneidung der Weichtheile, Etagennaht. Nur kann man die Knochen erst luxiren, wenn sie beide schon durchmeisselt sind. — Mutatis mutandis ist die Methode auch für die Exarticulationen anzuwenden (die Details an den einzelnen Gelenken cf. im Original). — Gegebenen Falls sind natürlich Abweichungen von der typischen Operation geboten. So macht man z. B. bei subcutanen Comminutivfracturen den Längsschnitt in gewöhnlicher Weise. Dann löst man die Splitter aus dem Periost, glättet den Knochenstumpf und legt die Etagennähte wie gewöhnlich an. — Finden sich in den Weichtheilen Quetschwunden, so sind die Ränder der letzteren wegzuschneiden und darnach die Nähte in gewöhnlicher Weise anzulegen. Zuweilen muss man die Längsschnitte statt an der äusseren an der inneren Seite der Extremität anlegen. Dann unterbindet man zunächst das Hauptgefäss möglichst weit centralwärts und führt den Schnitt von der Unterbindungsstelle unter möglichster Vermeidung des Gefässes nach abwärts. Endlich wird man vom Typus abweichen müssen, wenn die Weichtheile für den Lappen nicht überall gleich lang sind.

Als das Wesentliche der Methode ist die schliessliche Gestaltung der Wunde und des Weichtheilstumpfes zu bezeichnen; man erhält einen dicken Weichtheilhohlcylinder, aus sämmtlichen Geweben des Gliedes ausser dem Knochen bestehend, dessen äussere Fläche von der Haut, dessen innere Fläche vom abgelösten Periost gebildet wird, die dazwischenliegenden Theile bleiben unberührt und daher unlädirt. Die Wunde besteht aus einem glatten Längsschnitt, der kein wichtiges Gewebe verletzt und einem glatten Querschnitt. Die subcutanen und intermusculären Bindegewebszüge bleiben intact, die in ihnen verlaufenden Nerven und Gefässe werden in keiner Weise lädirt, das Periost bleibt in seinem natürlichen Zusammenhang mit den übrigen Weichtheilen, behält also seine normale Ernährung. Die untereinander in normaler Verbindung bleibenden Muskeln und die Haut retrahiren sich nur wenig. Eine Wundhöhle existirt überhaupt nicht. Diese wesentlichen Vortheile der Methode lassen sich nun, wie mir die Praxis gezeigt hat, häufig auf bequemere Weise erreichen, als nach N.'s Angaben. Ueber diese Abweichungen in den technischen Details, die das Wesen der Methode nicht tangiren, möchte ich einige Worte sagen, da sie in der Praxis von Nutzen sind.

Den Längsschnitt habe ich immer möglichst ausgiebig gemacht um die Auslösung des Knochens aus dem Periost zu erleichtern. Man wählt für den Schnitt die an Muskeln und Gefässen ärmsten Theile der Peripherie der Extremität, also die Aussenfläche des Oberschenkels und Oberarms, die Vorderfläche der Tibia, die Aussenfläche der Fibula. Der Schnitt durchtrennt mit einem Zuge alle Weichtheile inclusive Periost. Die Ablösung des Periosts macht nur selten erhebliche Schwierigkeiten, meist ist sie ausserordentlich leicht, besonders an lange inactiv gewesenen Extremitäten. An einzelnen Stellen: Trochanter, linea aspera femoris, den für Muskelansätze bestimmten Tuberositäten, muss man zuweilen mit dem Messer oder Meissel nachhelfen. — Das Durchmeisseln des Knochens ist häufig nur schlecht ausführbar. Die Verhältnisse liegen da doch ganz anders als bei den meisten Osteotomien. Diese werden meist bei jugendlichen Individuen, in der Nähe der Epiphysen, häufig an pathologisch erweichten Knochen gemacht. Solche Knochen werden in der That vom Macewen'schen Meissel glatt durchschnitten. Ganz anders ist es, wenn man z. B. wegen einer Gelenktuberculose bei einem alten Individuum die Diaphyse durchtrennen soll. Da ist die Markhöhle klein, die Corticalis verdickt und durch die langdauernde vorhergegangene Inactivität so sclerosirt und spröde geworden, dass der rechtwinkelig zur Axe aufgesetzte Meissel kaum eindringt; ist man nach langem starkem Hämmern schliesslich durch die Hälfte des Knochens gedrungen, so bricht die innere Knochenlamelle schräg ab, wie ich es einigemal selbst erlebt habe; das hat ja nicht immer schädliche Folgen, wird aber besser vermieden. Das lange starke Hämmern setzt ausserdem gewiss eine viel stärkere Erschütterung als gutes Sägen, bewirkt also gerade das, was Neudörfer mit der Empfehlung der Meisseldurchtrennung vermeiden will. Vor einer Nekrose der Sägefläche schützt hauptsächlich das Fernhalten einer Infection und der normal ernährte Periostcylinder, der die Sägefläche vollständig deckt. Jedenfalls habe ich nach Durchsägen des Knochens nie Nekrose gesehen. — Ich ziehe also das Durchsägen des Knochens vor; nur wenn es sich um eine Amputation in der Nähe der Gelenkenden, um ein junges, nicht lange bettlägeriges Individuum handelt, mag das Durchmeisseln von Vortheil sein. Da nun das Sägen vom Längsschnitt aus kaum möglich oder wenigstens sehr beschwerlich ist (man versuche nur mit der Stichsäge ein sclerosirtes Femur zu durchtrennen!; die Kettensäge ist ein so unzuverlässiges Instrument, dass man sie besser vermeidet, wenn es irgend geht) so löse ich zunächst im ganzen Bereich des Längsschnittes das Periost rings vom Knochen ab, mache dann den einzeitigen Cirkelschnitt durch alle Weichtheile und säge dann erst im proximalen Ende des Längsschnittes den Knochen mit der Bogensäge ab, was immer leicht gelingt. Ebenso geht übrigens auch Bruns vor. Durch diese zeitliche Verschiebung der einzelnen Operationsakte erleidet die Methode keine Einbusse. Neudörfer verlegt den Querschnitt durch die Weichtheile ganz ans Ende der Operation, um den Blutverlust möglichst gering zu gestalten: operirt man unter Blutleere, wie es doch meist geschieht, so ist diese Rücksicht nicht nöthig. — Die Blutstillung ist ausserordentlich einfach. Auf dem glatten Querschnitt lassen sich die Gefässe mit grösster Leichtigkeit auffinden; ebenso die grossen Nervenstämme, die man weit vorzieht und abschneidet[19]). Wieviel und wie man näht, hängt ganz vom Zustand der Gewebe ab. Operirt man im Gesunden, so ist es entschieden vortheilhaft und sicher Etagennähte zu machen, wie Neudörfer es fordert. Es ist dabei überraschend wie leicht sich die Schnittflächen der Muskeln aneinanderlegen lassen; namentlich an muskelstarken Oberschenkeln kann man das a priori nicht erwarten, die Spannung ist aber in der That nicht zu gross. Auch die Hautnaht macht gar keine Schwierigkeiten, wenn erst die Muskeln vernäht sind. — Ist man gezwungen, in entzündeten oder schlecht genährten Geweben zu operiren, so wird man auf die Etagennaht verzichten müs-

[19]) cf. Witzel. Ueber die Entstehung und Verhütung der Neuralgie an operirten Theilen, besonders an Amputationsstümpfen. Centralbl. f. Chir. 1894 pag. 521.

sen. — Das Periost wird man ja meist auch hier vernähen können — fürchtet man eine Osteomyelitis, so kann man drainiren — im Uebrigen sich auf Tamponade und partielle Naht, die dann am besten durch Haut und Muskeln gelegt wird, beschränken müssen. Ob man nun später secundär näht oder offen weiterbehandelt — die Retraction der Weichtheile bleibt fast ganz aus, weil sie nicht auseinandergezerrt sind und als Resultat bekommt man doch wieder einen von einem dicken, rollkissenartig geformten, beweglichen Weichtheilpolster bedeckten Stumpf. Nie bekommt man eine Wundhöhle, in der sich Secret ansammeln könnte, wenn der Weichtheilschnitt nicht etwa durch einen Abscess fällt (Senkungsabscesse nach Kapselperforation bei Gelenktuberculose!). Auch in diesem Fall würde man den Abscess tamponiren und offen lassen, die übrige Wunde nähen. Gerade das Fehlen oder der geringe Grad der Weichtheilverkürzung bei ganz oder theilweise offener Wundbehandlung ist gegenüber den Lappenamputationen von ausserordentlich grossem Vortheil. Namentlich am Oberschenkel ist das wichtig: hier dürfte Eiterung nach Lappenamputation wohl immer zu Verdünnung und Schrumpfung der Weichtheile und schliesslich zur Conicität des Stumpfes führen. (Schluss folgt).

Offener Brief an Dr. med. S. Unterberger.

Hochgeschätzter Herr College!

Ihren Aufsatz unter dem Titel «Haus-Sanatorium» in der Nr. 32 der «St. Petersb. med. Wochenschr» habe ich mit Freuden begrüsst und mit lebhaftem Interesse gelesen. Im höchsten Grade dankenswerth und lehrreich ist die Mittheilung der Krankengeschichte des hervorragendsten Phthiseotherapeuten der Jetztzeit, des Geheimrathes Dr. Dettweiler.

Die von Ihnen gemachten Vorschläge zur Einrichtung von «Haus-Sanatorien» in Militair- und Fabrikhospitälern, Cadettencorps, Knaben- und Mädchen-Pensionaten etc. sind entschieden beherzigenswerth und lassen sich verhältnissmässig leicht realisiren, wie Sie es durch Ihren nachahmungswerthen Versuch im Militairhospital zu Zarskoje-Sselo, der ein so ermuthigendes Resultat geliefert hat, bewiesen haben. Ich bin überzeugt, dass wir auf dem von Ihnen gewiesenen und bereits mit Erfolg betretenen Wege schneller und leichter zu dem idealen Ziele einer möglichst allgemeinen rationellen Behandlung der armen «Schwindsüchtigen» gelangen können, als durch Errichtung grosser Volks-Sanatorien, wie sie in England, der Schweiz und Frankreich bereits vorhanden sind und in Deutschland neuerdings vielfach geplant werden.

So einverstanden ich, wie Sie sehen, mit der practischen Seite Ihres Aufsatzes, bin, so wenig kann ich mich Ihrer theoretischen Auffassung in Betreff der Aetiologie der «Schwindsucht» anschliessen.

Unter «Schwindsucht», Phthisis pulmonum, verstehen wir doch ganz allgemein eine bestimmte Erscheinungsform der Lungentuberculose. Freilich decken sich die Begriffe «Lungentuberculose» und «Schwindsucht» keineswegs immer; denn es giebt sehr viele Fälle von Lungentuberculose, die mit dem gewöhnlichen Bilde der Schwindsucht nur wenig Gemeinsames haben. Aber andererseits giebt es doch keinen einzigen «Schwindsüchtigen», der nicht tuberculös wäre. «Schwindsucht» ohne Tuberculose giebt es nicht.

Wie können Sie nun sagen (p. 289): «Der Fall D. muss als «hereditäre Schwindsucht aufgefasst werden, complicirt mit Tuberculose»!? Wie kann Tuberculose mit Tuberculose complicirt sein?

Der Umstand dass es uns in manchen Fällen von scheinbar zweifelloser Schwindsucht nicht gelingt, Tuberkel-Bacillen im Sputum aufzuweisen, ist nicht beweisend und kann durch gewisse Zufälligkeiten bedingt sein. Freilich müssen wir in solchen Fällen auch andere Möglichkeiten in Erwägung ziehen. So hatte ich in diesem Sommer einen Kranken (56, a. n.) in Behandlung, der seit mehreren Monaten an rapidem Kräfteverfall, quälendem Husten und blutigem (glasigem) Auswurf, ausgesprochen hektischem Fieber, profusen Nachtschweissen und pleuritischen Erscheinungen litt. Bacillen-Befund stets negativ. Hier stellte ich nach Consultation mehrerer Collegen der Wahrscheinlichkeits-Diagnose «Lungencarcinom», und glaube, dass eine eventuelle Autopsie diesen Verdacht bestätigen wird. Sollte letzterer Fall eintreten, oder treten noch intra vitam nachweisbare Metastasen auf, so wissen wir mit Bestimmtheit, dass es sich nicht um «Schwindsucht» handelt, weil eben keine Tuberkulose vorliegt.

Wenn uns also unsere heutigen klinisch-diagnostischen Methoden in einigen seltenen Fällen darüber im Ungewissen lassen können, ob es sich im gegebenen Falle um echte, d. h. tuberkulöse «Schwindsucht» handelt, — die pathologische Anatomie wird uns mit absoluter Sicherheit darüber aufklären, denn pathologisch-anatomisch werden Sie niemals in den Erkrankungsheerden eines «Schwindsüchtigen» die Charakteristika des Tuberkels — in specie den Tuberkel-Bacillus — vermissen.

Dass somit die Schwindsucht eine durch den Tuberkel-Bacillus bedingte chronische Infectionskrankheit ist, daran lässt sich wohl nicht mehr zweifeln, daran ändern auch Riffels Untersuchungen über die «Erblichkeit der Schwindsucht» nichts.

Riffels Forschungsmethode ist gewiss originell und neu; die Resultate seiner mühsamen Arbeit dagegen sind durchaus nicht neu und seine Schlussfolgerungen entschieden falsch, denn sie widersprechen den Ergebnissen jahrzehntelanger sorgfältiger Beobachtungen und Untersuchungen nach altbewährten Methoden. — Dass es Familien giebt, in denen fast in jeder Generation einige Glieder an Schwindsucht sterben, dass solche Familien unter Umständen an Schwindsucht allmählich geradezu aussterben können, wussten wir schon vor Riffels Arbeit.

Ebenso war es schon vorher bekannt, dass nicht Jeder, der mit dem Tuberkel-Bacillus in Berührung kommt, eo ipso an Schwindsucht erkranken und zu Grunde gehen muss.

Wenn Riffel von «directer» Vererbung spricht, wobei «zuweilen eine Generation verschont bleibt», so ist das doch im höchsten Grade befremdend. Ebenso ist Riffels erste Schlussfolgerung: «Schwindsucht ist nicht ansteckend, sie ist erblich» — entschieden falsch und durch die Ergebnisse seiner Arbeit keineswegs bewiesen.

Die Möglichkeit einer directen Vererbung der Tuberkulose ist ja durch v. Baumgartens Thierversuche erwiesen. A priori lässt sich ja auch annehmen, dass, ebenso wie es congenitale Lues giebt, auch congenitale Tuberkulose vorkommen kann. Damit ist aber nicht gesagt, dass diese Verbreitungsart der Tuberkulose die Regel, oder gar, wie Riffel zu meinen scheint, die einzig mögliche ist; im Gegentheil scheint sie nach klinischen Beobachtungen höchst selten angenommen werden zu können.

Zu jeder Infection gehört ausser dem organisirten Infectionsträger eine gewisse Disposition. Letztere kann ererbt oder acquirirt, — habituell oder temporär sein. — Bei der Tuberculose spielt eine von Generation zu Generation sich fortpflanzende widerstandsschwache Körper-Constitution — meist gepaart mit gewissen ebenfalls sich vererbenden Eigenschaften des Charakters und Temperaments — jedenfalls eine in hervorragendem Maasse disponirende Rolle. Die Möglichkeit, sich mit Tuberkulose zu inficiren, i. e. den Tuberkel-Bacillus zu acquiriren, ist überall gegeben. So ist leicht verständlich, dass «Nachkommen schwindsüchtiger Eltern vielfach an Tukerkulose zu Grunde gehen, wenn sie auch das Elternhaus ganz gesund verlassen haben.»

Der Tuberkel-Bacillus ist ein wenig resistenter, in der Wahl eines Nährbodens sehr difficiler und dabei im Ganzen ein recht indifferenter Krankheitserreger. Dadurch erklärt es sich dass nicht Jeder, der mit ihm in Berührung kommt, schwindsüchtig wird; dadurch erklärt es sich auch, dass der Zeitpunkt der stattgehabten Infection sich in keinem Falle mit Bestimmtheit angeben lässt. Und doch muss die Infection mit dem Tuberkel-Bacillus in jedem Falle, in dem es sich nicht um directe Vererbung handelt, einmal im Leben des Kranken stattgefunden haben.

Ich glaube mit Felix Wolff (Assistent und erster Nachfolger des «alten Brehmer»; jetzt Leiter des Sanatoriums zu Reiboldsgrün), dass die Infection mit Tuberkulose in den meisten Fällen in der frühesten Jugend, in den ersten Lebensjahren, zu suchen ist. Das Kind erkrankt in oft kaum bemerkbarer Weise an gelinden «skrophulösen» Symptomen (meist Drüsenschwellungen), und hat damit für's ganze Leben den tuberkulösen «Keim» in sich, der häufig bei relativer Gesundheit bis in's späteste Lebensalter, — bis zum Tode an einer anderen Krankheit, — «latent» bleibt, in anderen Fällen dagegen meist während der Entwickelungsperioden in Folge eines «auslösenden Momentes» floride Schwindsucht verursacht.

In Bezug auf die Heilbarkeit der Lungentuberkulose stehe ich auch mit F. Wolff auf gleichem Standpunkt. W. hält nämlich eine vollständige, «absolute» Heilung einer Tuberkulose für ausgeschlossen. Dagegen ist «relative Heilung», — d. h. Latentwerden der Tuberkulose, — weit häufiger, als allgemein angenommen wird; ja — sie ist in der Mehrzahl der Fälle, in denen es sich nicht von vorne herein um «galopirende Schwindsucht» handelt, bei zweckentsprechender Behandlung zu erwarten.

Wie eine luetische Localaffection bei geeigneter Behandlung heilen kann, während das mit der Krankheit behaftete Individuum bis an sein Lebensende den specifischen Krankheitskeim in sich beherbergt, — so kann auch eine tuberkulöse Localerkrankung unter Hinterlassung einer mehr oder weniger störenden Narbe heilen; — und doch bleibt der Kranke tuberkulös bis an sein Lebensende, er beherbergt bis zuletzt den Krankheitskeim in sich, wenn auch in latentem Zustande. — In diesem Zustande der Latenz kann der Tuberkel-Baccillus — ebenso wie der noch unbekannte Erreger der Syphilis — unter günstigen Umständen ein halbes Jahrhundert lang — bis zum Tode des Kranken an einer intercurrenten Krankheit — verharren, anderseits aber kann er durch Hinzutreten eines neuen «auslösenden Momentes» wiederum activ werden, am «locus minoris resistentiae» sich von Neuem ansiedeln und so ein «Recidiv», eine Exacerbation der chronischen Krankheit verursachen.

Dies in allgemeinen Zügen meine Anschauung über Aetiogie und Wesen der Tuberkulose, — eine Anschauung, von der ich gerne zugebe, dass sie sich in vielen Punkten noch auf Hypothesen stützt.

Ob nun Ihre oder meine theoretische Ansicht sich in der Folge als die wahre erweist, — wir wollen uns damit trösten, dass auch unser erster Lehrmeister, der berühmte Hermann Brehmer, eine unhaltbare Theorie — ich meine die Theorie von der «Immunität gewisser Zonen» — aufgestellt und bis an sein Lebensende verfochten hat.

In praxi reiche ich Ihnen mit Vergnügen die Hand zu gemeinsamem Kampfe gegen die verbreitetste Geissel des Menschengeschlechts, — zum Kampfe gegen die «Schwindsucht.»

Mit collegialem Gruss

Dr. med. Armin Treu.

Lindheim, August 1896.

Referate.

W. Kernig. Ueber subcutane Injectionen des Liquor arsenicalis Fowleri. (Zeitschrift für klinische Medicin Bd. XXVIII.).

In Fällen, in denen der innere Gebrauch des Arsenik indicirt ist, der Zustand des Magen-Darmcanals aber eine Verabreichung per os nicht zulässt, wendet K. seit dem Winter 1887 subcutane Injectionen von Liqu. Fowleri an. Die erste Mittheilung darüber machte K. auf dem Berliner internationalen Congress 1890. Die Veröffentlichung des gesammten Materials, das theils aus dem weiblichen Obuchowhospital, theils aus K.'s Privatpraxis stammt, ist veranlasst durch eine Arbeit des Dr. Popoff (aus der Sacharjin'schen Klinik), der in der Berliner klinischen Wochenschrift 1894 (und in der «Медицина» 1892) die subcutane Injection von liq. Fowleri empfiehlt. Popoffs Krankengeschichten stammen aus dem Jahr 1891.

Kernig publicirt 35 Krankengeschichten, die er in 3 Gruppen theilt. Zur ersten Gruppe (12 Fälle) gehören Patienten die eine grössere Anzahl von Injectionen bekommen haben, nämlich 20—151, und bei denen die Injectionen von entschiedenem Erfolg gewesen sind. Von den 12 Fällen sind 3 gestorben (an Anämia perniciosa, Carcinoma ventriculi und Lungentuberculose nach Cerebrospinalmeningitis), auch bei ihnen waren die Injectionen von sichtbarem wenn auch natürlich vorübergehendem Erfolg. — Ein Fall nimmt insofern eine exceptionelle Stellung ein, als trotz einer grösseren Zahl (41) von Injectionen, die schwere Anämie des über 60 Jahre alten Patienten garnicht beeinflusst wurde. Vielleicht trug dazu bei, dass die Injectionen nur in 1—3 tägigen Intervallen gemacht werden konnten. — Zur zweiten Gruppe rechnet K. 10 Fälle, bei denen die Injectionen nur kurze Zeit, 5 bis 12 Mal, angewandt wurden; sie dienten nur «als Uebergang zum innern Gebrauch des Arsen, wo für den Arsengebrauch durch sie eine dem Patienten vielleicht kostbare Zeit gewonnen wurde.» Kein Todesfall, der weitere Verlauf in allen Fällen günstig. — Zur dritten Gruppe, die für die Beurtheilung der Wirkung der Arseninjectionen nicht in Betracht kommt, gehören 12 Fälle, mit 9 Todesfällen. Hier war die Zahl der Injectionen gering, 4—16, zum grossen Theil weil sie in verzweifelten Fällen in den letzten Lebenstagen als ultimum refugium versucht wurden. — Die stärkste Stütze geben der warmen Empfehlung, die K. den Injectionen angedeihen lässt, die Fälle der I. Gruppe. Es sind darunter viele sehr schwere, die vielleicht nur durch die Injectionen gerettet werden konnten. Es handelte sich immer um schwere und schwerste Anämien mit hartnäckigen Darmstörungen; die Anämie bestand entweder als selbstständiges Leiden oder war durch Botriocephalus, Typhus, Tuberculose, Syphilis, Pseudoleukämia lymphatica, Herzkrankheiten u. A. bedingt.

K. hebt besonders hervor, dass er die Injectionen nur dann macht, wenn eine Verabreichung per os nicht mehr möglich ist. Wenn es auch augenscheinlich ist, dass die subcutanen Injectionen energischer wirken, als bei innerlichem Gebrauch, so bleibt doch für die Mehrzahl der Fälle die Verabreichung per os als die bei weitem bequemere, das Normalverfahren.

Die Injectionen sind unter antiseptischen Cautelen zu machen. K. injicirt täglich ½ Pravazsche Spritze einer Lösung von 1 Theil Liquor Fowleri in 2 Theilen Wasser. Nur ausnahmsweise wurden volle Spritzen dieser Lösung oder Injectionen von unverdünntem Liquor Fowleri sine spiritu gemacht (nach Angabe von Popoff). W.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. I. Band, vierte umgearbeitete Auflage. Leipzig. Vogel. 1895. Preis 10 M.

Das vortreffliche Handbuch von Leube, dem es beschieden ist sich fast alljährlich in einer neuen Auflage zu verjüngen liegt uns in seiner vierten Wiederentstehung vor und wir folgen auch hier mit ungetheiltem Interesse den geistvollen Auseinandersetzungen des Verfassers und lassen uns durch ihn an eine Reihe von diagnostischen Problemen heranführen, an deren Lösung der Leser denselben lebhaften Antheil nimmt wie der Verfasser. Dieser Umstand gestaltet die Lectüre des Buches zu einer fesselnden und man würde es in der That nur ungern aus der Hand legen, wenn nicht die Fülle des Stoffes einen von Zeit zu Zeit dazu nöthigen würde.

Dieser Band enthält die Diagnose der Erkrankungen des Herzens, der grossen Gefässe, des Respirations- und Verdauungstractus und sämmtlicher Unterleibsorgane. — Je mehr man in diesem Buche lesen wird, desto mehr wird man seine Vorzüge schätzen lernen. In der neuen Auflage sind die neuesten diagnostischen Fortschritte entsprechend berücksichtigt worden. K.

R. v. Jaksch: Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. Vierte Auflage 1896. Urban und Schwarzenberg. Preis 16 M.

Das beliebte und weitverbreitete Nachschlagebuch von Prof. v. Jaksch liegt uns in seiner glänzenden Ausstattung und mit vervollständigtem Texte in seiner vierten Auflage vor. Seine alten Freunde begrüssen es im neuen Gewande und finden neben den früheren erprobten Untersuchungsmethoden eine Reihe neuer und neuester verzeichnet. Seine neuen Freunde lernen in ihm ein in seiner Art einzig dastehendes, auf der Höhe der Zeit befindliches, gediegenes Mosaikwerk kennen, das ihnen über viele Schwierigkeiten auf dem mühsamen Pfade der mikroskopischen und chemischen Diagnostik hinweghelfen wird. Die Literaturangaben sind von einer solchen Reichhaltigkeit und Vollständigkeit, wie man das nur verlangen darf. K.

Otto Dornblüth: Nervöse Anlage und Neurasthenie. Klinik der Neurosen für den praktischen Arzt. Theil I. Leipzig, 1896. Verlag von H. Hartung u. Sohn.

Das von einem Praktiker für Praktiker geschriebene Compendium bringt aus der Literatur und aus der Erfahrung des Verf. Alles, was bis auf den heutigen Tag als dauernde und nutzbringende Errungenschaft für die Beurtheilung und Behandlung dieser Krankheiten erachtet werden muss. Lange theoretische Auslassungen werden vermieden, dagegen die Symptomatologie und besonders die Therapie ausführlich und genau besprochen. 40 Seiten handeln über die nervöse Anlage oder Constitution; hier wird dem sonst so unbestimmten Begriff «Nervosität» eine feste Begrenzung gegeben und auf die Verhütung dieser Geissel unserer Zeit namentlicher Nachdruck gelegt.

Es dürfte kaum möglich sein, die gedrängte und doch umfassende, klare und gefällige Darstellung der Pathologie und Therapie der Neurasthenie, wie sie Verf. auf 97 kleinen Seiten geliefert hat, zu übertreffen.

Gestalten sich der 2. und 3. Theil, die der Hysterie und Epilepsie gewidmet sein werden, ebenso wie der 1., so wird der Verf. das volle Verdienst in Anspruch nehmen können, den praktischen Aerzten für diese wichtigen Zeitkrankheiten einen zuverlässigen Führer und Rathgeber an die Hand gegeben, ihre Aufmerksamkeit auf bisher vernachlässigte und übersehene Erscheinungen gelenkt zu haben, deren Beachtung den Patienten wie den Aerzten viel Zeit, Mühe und Enttäuschungen ersparen kann.

Die Ausstattung des äusserst handlichen Buches ist eine vorzügliche. Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Das vor Kurzem angekündigte Haemolum hydrargyro-jodatum Kobert ist von der Firma Merck in den Handel gebracht worden. Es enthält 13% Quecksilber und 28% Jod, gebunden an Blutfarbstoff. Vor dem Hydrarg. bijodatum hat es folgende Vortheile: es ätzt nicht die Schleimhäute, durchwandert den Magen ungelöst und ohne Störungen zu veranlassen. entfaltet neben der specifischen eine milde Eisenwirkung. Im Gegensatz zu Kalomel veranlasst es weniger leicht Salivation und Durchfall. Verordnet wird es folgendermassen:

Haemoli hydrargyro-jodati 10,0
Opii 1,0
Ung. Glycerini q. s. ut f. l. art. pil. Nr. 100. D. S. 3 × tägl. erst 1, dann 2, dann 3, zuletzt 4 Pillen z. n.

Infolge seiner Vorzüge empfiehlt sich das Präparat grade für Neurologen zur Prüfung. (Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1896, Mai).

— Reinach veröffentlicht interessante therapeutische Studien über die Behandlung der Cholera infantum. Es gilt hauptsächlich bei dieser Erkrankung der Bluteindickung entgegenzuwirken, dies bezwecken auch die Mittel, welche die Herzthätigkeit anregen, die Alcoholica, der Thee, die Senfbäder etc. Neuerdings hat nun Grawitz gezeigt, dass durch Seruminjectionen das Blut verdünnt werden könne und Reinach versuchte nun die blutverdünnende Eigenschaft des Serums dazu zu benutzen, der Bluteindickung bei den schweren acuten Gastro-Enteritiden entgegenzuwirken. Zunächst verwandte er steriles Serum gesunder Kühe, dann aber ging er zum sterilen Pferdeserum über. Zur Injection wurden nur die schwersten, theilweise moribunden Fälle ausgesucht, es waren durchweg künstlich ernährte Kinder mit ganz acuten Verdauungsstörungen, die am 2. oder 3. Tag der Erkrankung in Behandlung kamen. Von 15 Fällen starben 4. Injicirt wurden 10—20 Ccm. unter die Haut der seitlichen Thoraxpartien; an der Injectionsstelle war keinerlei Reaction zu bemerken; bei einem Patienten trat 14 Tage nach der Injection ein masernähnliches Exanthem von 2-tägiger Dauer ohne Fieber auf. Albuminurie wurde nicht constatirt. Der Eindruck der Injectionswirkung auf das Allgemeinbefinden war ein entschieden günstiger. Das Aussehen der schwer collabirten Kinder wurde ein frischeres, die Cyanose wich, der Blick wurde klarer, die Extremitäten wurden wärmer, der Puls wurde wieder fühlbar, die Collapstemperatur ging zur Norm zurück. Um ein möglichst ungetrübtes Urtheil zu bilden, wurde keine Localbehandlung eingeleitet.
(Münchener med. Wochenschr. Nr. 8, 1896).

— v. Noorden hat einige recht interessante Versuche mit neueren Nährpräparaten angestellt. Als Ersatz für den Leberthran wurde das Sesamöl eingeführt. Verf. ordinirte es bei verschiedenen Krankheitszuständen, bei Kindern und Erwachsenen; am häufigsten wurde das Oel Kindern zwischen dem 4—15 Lebensjahre verordnet, welche durch acute Infectionskrankheiten oder durch scorphulöse Processe geschwächt waren; ferner wurde es bei Lungentuberculose verabreicht. Pro Tag wurden in der Regel 2—3 Kinderlöffel — oder Esslöffel gegeben; wegen der absoluten Geruchlosigkeit und nahezu völligen Geschmacklosigkeit waren Geschmackscorrigentien nicht nöthig. Die Bekömmlichkeit des Oeles ist eine ganz vorzügliche und kann es als eines der leicht verdaulichsten Fette bezeichnet werden. Es wurde sehr oft bei Kranken zur Anwendung gebracht, welchen man nach alter Erfahrung Leberthran nicht verordnen darf: Phtisiker mit hartnäckigen Durchfällen vertragen das Oel meist sehr gut; auch bei verschiedenen Magenkrankheiten (Magenkatarrh, Hyperacidität, Ulcus, nervöse Dyspepsie) wurde das Sesamöl mit günstigem Erfolge verabreicht. Eine Reihe von weiteren Beobachtungen stellte v. Noorden mit Rahm an: derselbe wurde meist in sterilisirter Form bei schwächlichen Kindern, bei Lungenschwindsüchtigen, bei Magenkranken, bei Reconvalescenten von schweren acuten Krankheiten, bei Kranken mit nervöser Dyspepsie angewandt. Auch hier waren die Resultate äusserst zufriedenstellend.
(Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 11.)

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 6. März 1896.

1) Dr. v. Bergmann: Demonstrationen

a) Ein durch Incision der Gallenblase gewonnener Gallenstein.

b) Eine Collection Gallensteine, aus der Gallenblase stammend. Beide Mal hatte Redner nach der Methode von Kehr in Halberstadt mit günstigem Erfolg operirt.

c) Ein, aus einem Abscesse der Fossa iliaca sin., stammendes Packet von Spulwürmern. Eine Communication zwischen dem Abscess und dem Darm bestand nicht.

d) Eine durch Lumbalschnitt exstirpirte sarcomatöse Niere.

2) Dr. A. Berkholz hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Camphervergiftung». (Erscheint im Druck).

Dr. Hampeln: In der Regel wird 1 Dcgr. pro dosi gegeben, jedoch hat Leube viel grössere Gaben bis zu 7,0 pro die gegeben.

Dr. Berkholz: Purkinje hat nach 0,7 subcutan bei sich selbst Reizerscheinungen constatirt; nach grösseren Gaben kam es zu erhöhter motorischer Reizbarkeit.

Dr. R. v. Engelhardt kennt einen Fall wo Leube einem Kranken mit Myocarditis und Lungenoedem innerhalb 24 Stunden 72 Spritzen Campher mit gutem Erfolge injicirte.

3) Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Dr. A. Behr.

Dr. V. v. Holst: Anknüpfend an die Discussion über den Vortrag des Dr. Behr von der vorigen Sitzung möchte ich in Bezug auf die Trennung der traumat. Neurose von der Hysterie d. h. also den Streit zwischen Oppenheim und Charcot nochmals anführen, dass ich aus practischen Gründen entschieden den Oppenheim'schen Standpunkt einnehme, dass mir aber in theoretischer Hinsicht die Scheidung zwischen Hysterie und traumatischer Neurose von sehr geringer Bedeutung zu sein scheint. Die von Tiling in der vorigen Sitzung angeführten Bedenken, dass sich bei der traumatischen Neurose so schwere, ja unheilbare Krankheitsbilder, die mitunter reine Psychosen darstellen. zeigten, vermag ich nicht anzuerkennen. Auch bei der Hysterie kommen schwere, ja unheilbare Krankheitsbilder vor, ja sie vermag das Bild der reinen Psychose anzunehmen. Das beide Krankheitsgruppen gemeinschaftliche, das sie wohl auch theoretisch zusammenfassen lässt ist meiner Meinung nach, die rein psychische Entstehung derselben. sie haben beide ihren Grund in einer Vorstellung. Um aber ein häufiges Missverständniss sowohl bei der Hysterie, als auch bei der traumatischen Neurose aufzuklären, dass dieses psychische Moment in seiner Allgemeinheit sich nur auf die Genese der Krankheit bezieht, nicht aber auf die Erscheinungsform derselben. Die Hysterie braucht aber nicht immer eine Psychose zu sein, wenn sie auch zu einer solchen werden kann, sie kann sich häufig unter dem Bilde einer rein somatischen Störung abspielen, wenn sie auch immer und unter allen Umständen eine psychische Entstehungsursache hat. Ich glaube, dass die verschiedene Erscheinungsform festgehalten werden muss und kann daher auch nicht mit Sokolowsky übereinstimmen, wenn er auf dem letzten Wenden'schen Aerztetage die Anschauung vertrat, dass das Bestreben die Hysterie von den Erscheinungen der psychischen Degeneration zu trennen (Charcot), verwirrend wirke. Ich möchte überhaupt in Bezug auf die Hysterie den Ausdruck Degeneration durch Disposition ersetzen; letzterer schliesst die Heilbarkeit nicht aus, ersterer wohl und die Hysterie ist doch keineswegs in jedem Falle als unheilbar anzusehen. Ich möchte im Allgemeinen gegen die sonst sehr interessanten Auslassungen des Collegen Sokolowsky über das Wesen der Hysterie in seinem erwähnten Vortrage den Einwand erheben, dass sie ausschliesslich jene Formen der Hysterie im Auge haben, die sich in Störungen des psychischen Leben's äussern, die unter dem Bilde einer körperlichen Erkrankung auftretenden — und solche giebt es entschieden in grosser Zahl — ganz unberücksichtigt lassen. So sagt Sokolowsky z. B. dass wir für Hysterische diejenigen Entarteten halten, die den Rettungsanker für ihre Minderwerthigkeit im Kranksein finden. Es giebt in der That viele Fälle, auf welche dieser Ausspruch passt — in vielen Fällen aber, die doch entschieden auch zur Hysterie gehören. passt er nicht. Wenn z. B. eine ungebildete Person durch einen Schreck aphonisch wird oder Krämpfe bekommt, so passt jene Definition doch wohl nicht. Ebenso möchte ich auch gegen den von Behr citirten Satz aus dem Vortrage von Sokolowsky protestiren «der Simulant wolle krank scheinen, der Hysterische krank sein». Das könnte so verstanden werden, als ob das Kranksein beim Hysterischen von seinem Willen abhänge. Dann wäre er erst recht ein Simulant. Man dürfte hier, um die grosse Gefahr, Hysterische für Simulanten zu halten, zu vermeiden nur von einem unbewussten Willen oder besser von einer Zwangsvorstellung reden. Andrerseits aber kann auch grade wieder bei Hysterischen unter Umständen das Bestreben krank zu erscheinen eine Rolle spielen und zwar in denjenigen Fällen, wo die Hysterischen von ihrer Umgebung nicht anerkannt werden und wo sie daher zu Beweisen ihres Krankseins sich gedrängt fühlen.

Dr. Ed. Schwarz I wendet sich gegen die vom Collegen Behr am Schlusse seiner Betrachtungen befürworteten Ausführungen des Collegen Sokolowsky: Ersterer meinte, Sokolowsky habe den Nagel auf den Kopf getroffen, wenn er sagte: «Der Hysterische wolle krank sein, der Simulant krank scheinen».

Seit mehr denn 2000 Jahren streben die Aerzte nach einer richtigen Definition des Begriffes Hysterie und jetzt, wo vielleicht die Zeit gekommen ist, die uns der Lösung dieser schwierigen Frage näher bringt, sei es besonders angezeigt unrichtige Vorstellungen über Hysterie zu bekämpfen, da sie vom richtigen Wege wieder entfernten.

Wolle man sich über den Ausspruch, der Hysterische wolle krank sein, verständigen, so müsse man sich erst über die Grundanschauungen einigen, ohne die jede Erörterung über psychologische Dinge fruchtlos ist. Ein schwieriges Problem ist das des Willen's.

Unter den, bei den niedrigsten Lebewesen zu beobachtenden wunderbaren Lebenserscheinungen könne man Handlungen beobachten, die man mit Recht als den Ausdruck eines Willensactes ansehen könnte. Freilich erhebt sich diese niedrigste Form des Willensactes nicht über die Höhe eines Reflexes. Man sieht jedoch hier die Grundelemente für den Willensact in grösserer Einfachheit und deshalb grösserer Deutlichkeit und Klarheit vor sich, als bei den complicirten menschlichen Willensacten: als Vorbedingung für den Willensact findet eine Wahl statt; erst nach stattgehabter Wahl wird die gewählte Nahrung assimilirt: betont wird die Wahl durch die Empfindung, durch Lustgefühle; etwas wählen oder wollen, was Unlust erregt, ist ein Unding.

Als Bewusstseinszustand aufgefasst, ist der Wille eine Bejahung oder Verneinung, er ist dem Urtheil ähnlich, dieses bringt eine Harmonie oder Dysharmonie zwischen Ideen zu Stande; der Willensact zwischen Tendenzen und Antrieben: das Urtheil ist keine Rast für den Geist, der Willensact ein Schritt zur Handlung; das Auftauchen oder Vorherrschen eines Beweggrundes kann den Willensact noch nicht erklären, Wirksamkeit erlangt eine auftauchende Tendenz erst wenn sie gewählt wird (Ribot).

Die willkürliche Handlung besteht aus zwei verschiedenen Elementen; sie ist

1) In ihrer voll entwickelten Form nicht die Umsetzung eines Bewusstseinszustandes, sondern besteht in einer Wahl unter allen bewussten und halbbewussten Zuständen, die im betreffenden Augenblick das Bewusstsein ausmachen. Die Betonung der Wahl liegt in der Empfindung, im Character des Menschen und kann mit Recht als individuelle Reaction definirt werden, welche das Tiefinnerlichste unseres Wesens ausmacht.

2) Setzt die willkürliche Handlung eine organische Kraft voraus, die nach stattgehabter Wahl, die Tendenz in Handlung umsetzt (Ribot). Die Handlung, die diese zwei Elemente nicht erkennen lässt ist nicht als willkürliche, sondern als triebmässige zu bezeichnen.

Dass die willkürliche Handlung aus diesen zwei Elementen besteht, lehrt die Pathologie. Diese zeigt den Willen geschwächt oder vernichtet. In den vielgestaltigen Bildern, die die Neurasthenie aufweist, sind Zustände beschrieben und beobachtet worden, die das zweite Element als fehlend erkennen lassen. Die Patienten sind bei klarem Bewusstsein beurtheilen ihre Lage richtig, erkennen richtig, was sie zu thun und zu lassen haben, doch bleibt der richtig gefasste Entschluss unausgeführt, die Tendenz wird gewählt, doch sie ist zu schwach, um zur Handlung zu führen; der Antrieb ist ein zu schwacher, die organische Kraft fehlt. Weiter zeigt die Pathologie Krankheitsbilder bei denen der Antrieb ein zu starker ist; dieses wird in Zuständen beobachtet, die mit Zwangsvorstellungen verknüpft sind; der Wille bäumt sich gegen die auftretende Vorstellung auf, wird anfangs ihrer Herr; wird der Antrieb, die Zwangsvorstellung zu stark, so unterliegt der Wille. Die gerichtliche Medicin weiss von vielen solchen Fällen zu berichten.

Zwischen diesen beiden Zuständen sind jene Fälle von Neurasthenie zu rubriciren, die mit Angstzuständen einhergehen; hier ist der Wille durch die Angst gelähmt.

Eine gänzliche Vernichtung des Willens ist im Somnambulismus zu beobachten, sowohl im spontanen, als auch im künstlichen; es kommt weder zur Wahl noch zur Handlung.

Bei der Hysterie endlich kommt ein Willen meist gar nicht zu Stande, oder er ist unbeständig und schwankend, «das Allerbeständigste bei der Hysterie ist die Unbeständigkeit». (Sydenham). «Die Hysterischen können nicht wollen, sie verstehen nicht zu wollen, sie wollen nicht wollen» (Huchard). Wollen heisst wählen, um zu handeln; es gehören somit wenigstens zwei Tendenzen dazu, die gleichzeitig im Bewusstsein vorhanden sein müssen und von denen eine gewählt werden muss, um einen Willensact zu Stande zu bringen, das Bewusstseinsfeld des Hysterischen ist jedoch nach Pierre fast in allen seinen Qualitäten eingeengt (im Gegensatz zur Neurasthenie, bei der es normal gross, jedoch sozusagen abgeblasst ist) und hat in demselben nur eine Vorstellung zu gleicher Zeit Raum: das Gebahren des Hysterischen hat daher etwas triebartiges an sich.

Die Hysterischen entstammen einem Menschenmateriale, das man, als unter der Herrschaft der Launen stehend, bezeichnen darf, eine in der Constitution begründete Eigenthümlichkeit, bei der die Existenzbedingungen für Willensacte fast stets fehlten (Ribot).

Wo Launen herrschen ist von einem Willen kaum die Rede. Trifft ein solches Individuum ein Shok, eine Gemüthsbewegung, ein Unfall, so wird es krank — Sensationen verschiedenster Art, die dem Shok folgen, bringen es zur Vorstellung des Krankseins.

Bei anderen Hysterischen sind die Sensationen spontane Erscheinungen und wirken ebenso. Die Willensohnmacht der Hysterischen zeigt sich auch in dem Nicht-Halten-Machenkönnen; wenn sie einmal begonnen haben, so können sie sich auch einer Vorstellung, einer Tendenz nicht mehr entledigen, obgleich sie dieselbe für falsch erkannt haben.

Es handelt sich bei den Hysterischen um Individuen, die sowohl vor ihrer Erkrankung, als auch während ihres Krankseins als willensschwach, resp. willenlos zu bezeichnen sind.

Aus dem psychologischen Vorgange, den Sokolowsky schilderte geht aber ein Wollen hervor; wer jedoch bei subjectiv empfundener Unzulänglichkeit das Kranksein wählt, um sich vor dem drohenden Fiasco, dem psychischen Bankrott zu schützen, sein Nichterscheinen auf dem Plane zu entschuldigen, der ist ein Betrüger; er betont seine Wahl mit Unlustempfindungen, was ein Unding ist, denn subjectiv empfundene Unzulänglichkeit involvirt noch nicht die Abwesenheit der Euphorie.

Jedoch bei bestehender Unzulänglichkeit bestehen meist mannigfache Sensationen, die dem Individuum die Vorstellung des Krankseins geben, von dem es nicht mehr loskommen kann weil es krank ist und nicht wollen kann. Somit darf man nicht den Ausdruck brauchen, der Hysterische will krank sein, im Gegentheil er hat den lebhaften Wunsch gesund zu werden und seine Sensationen los zu werden, er «will» gesund sein und werden. Der von Sokolowsky geschilderte psychologische Vorgang geht bei Bewusstsein vor sich, dem Kranken fehlt somit die Einsicht in seine Unzulänglichkeit nicht, eine bei solchen Individuen nicht sehr oft anzutreffende Eigenschaft.

Dr. Sokolowsky: Dr. Holst hat ganz richtig hervorgehoben, dass ich in meinem Vortrage über «Hysterie und hysterisches Irresein» zwischen dem auf psychischem Gebiete Erkrankten und dem, nur somatische Symptome aufweisenden Hysterischen keinen Unterschied mache. Ich habe in der That dem Umstande Ausdruck zu verleihen gesucht, dass alle Hysterischen etwas Gemeinsames haben, was als durchaus wesentlich in's Gewicht fällt. Dieses Gemeinschaftliche scheint mir darin zu liegen, dass das Kranksein als Aequivalent für das psychische Gleichgewicht auftritt bei bestehender angeborener Insufficienz, die vom Individuum empfunden wird.

Ein gewisses selbstthätiges Moment im Krankheitsbilde des Hysterischen hat mich diesen mit dem Simulanten vergleichen lassen: Während das simulirte Kranksein das Mittel zur Erreichung eines practischen Zweckes darstellt, muss das hysterische Kranksein als der Weg aufgefasst werden, auf dem eine a priori insufficiente Psyche sich bei gegebenem Dilemma Luft schafft. Freilich habe ich mir gestattet mich folgendermaassen auszudrücken: Der Simulant will krank scheinen, der Hysterische krank sein. Ich bin selbstverständlich weit davon entfernt hier den Willen als Eigenschaft, als ethische Grösse im Sinne zu haben, wie er sich aus Lust und Unlust aufbaut und wie ihn oben Dr. E. Schwarz ausführlich zu erklären bemüht war. Ich bezog mich bei dem erwähnten Ausspruch auf das Wollen, als auf einen bekannten associativen Process, zusammengesetzt aus dem Impuls + der Vorstellung, dass und wie das gegebene Ziel erlangt werden kann. Die Correctheit dieses Processes hängt lediglich ab von der Klarheit und Unverfälschtheit der Erinnerungsbilder und von der Präcision, mit welcher diese citirt werden.

Gewiss lässt sich eine ganze Reihe hysterischer Symptome als auf Vorstellung beruhend, auffassen, allein das hysterische Kranksein und Krankwerden durch Vorstellungen erklären zu wollen, befriedigt nicht: Warum diese Lebhaftigkeit der Vorstellungen vorwiegend auf dem einen Gebiete, nämlich dem des körperlichen, resp. psychischen Wohlbefinden's? Warum ist den Kranken ihre Krankheit das Object der Hingabe ihrer ganzen Persönlichkeit, der Tummelplatz ihrer Phantasien, das Ziel ihrer Aufmerksamkeit? Warum wird die Krankheit dem Kranken auf längere oder kürzere Zeit zum Lebenszweck?

Solche Erwägungen legen den Gedanken nahe, dass es nur auf die disponirende Basis, auf die zuvor bestehende Gebrechlichkeit ankommt, nicht aber auf den Character der Symptome, die im Rahmen der Krankheitsbilder in Erscheinung treten. Vielleicht sind Erfahrungen auf forensischem Gebiete mehr geeignet die Symptome der Hysterischen ihres Werthes zu entkleiden. Es kommt häufig vor, das Hysterische bei Gelegenheit einer gerichtlichen Begutachtung Symptome psychischer Störung aufweisen, die der Laie erklärlicher Weise als Simulation auffasst. Die genaue Untersuchung des Exploranden ergiebt nun aber, dass es sich um psychisch defecte Individuen handele, bei welchen sich nach stattgehabtem Affecte die ungeordneten Bewegungen ihres Seelenleben's auf diese Weise äussern.

Sehr interessant in dieser Hinsicht sind die nachweislich hysterischen, jungen Leute, die alljährlich zur Zeit der Einberufung psychisch oder physisch erkranken, von welchen mir noch im vergangenen Herbste ein Exemplar von Dr. Gerich vorgestellt wurde; das hysterische Irresein verlief in diesem Falle mit ganz besonderer Lebhaftigkeit des subjectiven Empfindens, wozu der Umstand nicht wenig beigetragen haben mag, dass Pat eine Zeit lang Wärter in der Irrenanstalt Rothenburg gewesen war.

Abgesehen von allen theoretischen Erwägungen sieht man sich vom praktischen Standpunkt durchaus genöthigt ein solches Individuum als krank aufzufassen und von der Wehrpflicht zu befreien, da ein Vaterlandsvertheidiger, der Gefahr läuft bei jeder Gelegenheit den Verstand zu verlieren oder überhaupt zu erkranken seinen Mann nicht stehen kann. Er ist also als krank zu nehmen, nicht um seiner im Moment zu demonstrirenden Symptome willen, sondern wegen seiner Constitution, durch die er der beständigen Gefahr exponirt ist, auf irgend eine Weise zu erkranken und zwar auf jeden beliebigen Anlass hin.

Zurückgreifend auf den von Behr vorgetragenen Fall möchte ich noch einmal hervorgehoben wissen, dass in der That jeder beliebige Anlass genügen kann. Die Erkrankung des hysterischen Individuums, d. h. das Manifestwerden seiner constitutionellen Gebrechlichkeit ist einzig abhängig von der letzteren, nie und nimmer aber vom Shok, dem die gleichgültige Rolle des Zufalles zugewiesen werden muss. Die traumatische Hysterie ist also gewissermaassen eine Erkrankung post hoc, nicht propter hoc. Demnach ist der Grad der Krankheit nicht proportional der Grösse des Shokes, sondern ist proportional der zuvor bestehenden Insufficienz des Pat., was die Bedeutung des agent provocateur entwerthet und bei der angeregten Frage einer Unfallsversicherung nicht stark genug betont werden kann.

Herrn Dr. Holst, der eben die Bedeutung der sogenannten hysterischen Stigmata betonte, möchte ich entgegenhalten, dass ich in meinem, auf dem livländischen Aerztetage gehaltenen Vortrag die Bedeutung der Stigmata nur in soweit angezweifelt habe, als thatsächlich nicht jeder Hysterische Stigmata aufzuweisen vermag, was wegen ihrer Verwerthbarkeit im Einzelfalle immerhin bestehen bleiben mag.

Dr. E. Schwarz greift mich an, weil ich dem Hysterischen eine Einsicht in seine eigene Minderwerthigkeit zuspreche, während ich de facto nur von einer «subjectiv empfundenen Unzulänglichkeit» geredet habe.

Wenn aber Schwarz als Argument gegen meine Behauptung: «Der Hysterische will krank sein» — anführt: «Im Gegentheil, der Hysterische will gesund sein» — so möchte ich hierin den Beweis dafür sehen, dass die Auffassung des Dr. Ed. Schwarz über den Willen, mit der meinigen durchaus übereinstimmt, so wenig das oben von ihm Behauptete meinen Beobachtungen entspricht.

Dr. Ed. Schwarz I betont nochmals seinen principiell entgegengesetzten Standpunkt; er könne eine Uebereinstimmung in der Auffassung vom Willen nicht finden. Ein Kranker, wenn nicht Betrüger «wolle», wenn hier dieses Wort gebraucht werden soll, gesund sein und gesund werden. Die Einsicht könne man dem Kranken doch wohl kaum absprechen, denn Sokolowsky schildert den Vorgang als einen bewussten, daher sprach er ja auch folgerichtig von einem «wollen».

3) Dr. Behr bespricht an der Hand eines Falles die Rolle der Disposition für gewisse Formen der Hysterie.

M. W. 32 a. n. erlitt im Juni vorigen Jahres beim Einpacken eines Ballen's einen Unfall. Sie stürzte aus dem Fenster, wobei der Ballen mitfiel und sie an der linken Schulter verletzte. In der Folge beobachtete man bei der, stets als nervös geltenden Person eine typische Hysterie mit halbseitigen Symptomen (Hemianästhesie, Transfert etc.). Was diesen Fall aber auszeichnete war ein gelegentliches Schwitzen an der rechten Gesichtshälfte. Die Betrachtung der Kranken ergab eine Verschiedenheit beider Gesichtshälften; das rechte Auge erschien braun, das linke schmutzig blau mit versprengtem Pigment durchsetzt; die rechte Gesichtshälfte war kräftiger entwickelt, als die linke und die mimischen Bewegungen rechts lebhafter als links. Bei seelischen Erregungen liess sich folgendes beobachten. Rechts röthet sich die Gesichtshälfte und unter Temperaturerhöhung erfolgte ein Schweissstruch. Die ersten Schweissperlen traten an der Haargrenze auf und griffen ein wenig auf die linke Seite über, dann sah man dieselben an dem Uebergange der Wange auf die Nase und endlich im Gesicht. Der Puls war beschleunigt, die Pupillen gleich, mittelweit. Anderweitige, halbseitige Störungen fehlten.

Wie ist dieser Vorgang zu erklären? Die stärkere congenitale Pigmentirung auf der rechten Seite, wies auf eine stärkere Blutzufuhr zur rechten Seite hin. Die Farbstoffe stammen entweder direct aus dem Blut, oder sie werden durch amöboide Zellen verschleppt, wo sie in die Epithelien gelangen und hier weiter wuchern. Man darf daher schliessen, dass die Blutgefässe der Haut sich in beiden Gesichtshälften verschieden verhielten und die rechte Hälfte mehr Blut erhielt, als die linke. Wo ein stärkerer Blutandrang besteht, beeinflussen die Blutgefässe die Schweissdrüsen.

Durchschnitt Claude-Bernard den Halssympathicus des Pferdes, so kam es zum lebhaften Blutandrang und Schweissausbruch im Gesicht. Da bei der Kranken stets zuerst Hyperämie eintrat, so waren alle Bedingungen für das Schwitzen gegeben. Die Hyperämie aber war anatomisch bedingt, worauf wieder die stärkere Pigmentablagerung und die stärkere Entwicklung der rechten Seite hinwies. Die Impulse vom Hirn werden zweifellos zu beiden Hälften des Gesichtes in gleicher Weise geleitet, die Hyperämie tritt aber dort auf, wo die Blutgefässe eine andere Spannung, Widerstandsfähigkeit etc. besitzen. Die Kranke ist durch Anspannung ihrer Aufmerksamkeit im Stande den Schweissausbruch zu hemmen, dem Blutandrang aber gegenüber ist sie ohnmächtig. Die Möglichkeit eines rechtsseitigen Schwitzens im Gesicht ist daher aus obigen Gründen verständlich und man begreift die Wichtigkeit der anatomischen Prädisposition für das Zustandekommen gewisser hysterischer Symptome. Die seelischen Erregungen beeinflussen in erster Linie den locus minoris resistentiae, in diesem Falle die rechte Gesichtshälfte und schaffen so gelegentlich höchst frappante Erscheinungen, wie Blutungen, Blasenbildungen (in der Hypnose) etc., die alle nur in angeborenen oder erworbenen anatomischen Veränderungen ihre Ursache und Erklärung finden.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. August d. J. 7024 (49 wen. als in d. Vorw.), darunter 852 Typhus — (15 wen.), 767 Syphilis — (18 wen.), 100 Scharlach — (0 wenig.), 82 Diphtherie — (6 wen.), 18 Masern — (15 wen.) und 20 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Am 17. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7035 (11 mehr als in der Vorwoche), darunter 847 Typhus — (5 wenig.), 769 Syphilis — (2 mehr), 96 Scharlach — (4 wenig.) 96 Diphtherie — (14 mehr), 14 Masern (4 wen.) und 22 Pockenkranke (2 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St Petersburgs

Für die Woche vom 4. bis 10. August 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
333	256	589	160	55	83	13	11	12	55	52	32	48	37	24	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 10, Scharlach 14, Diphtherie 15, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 122, Todtgeborene 29.

Für die Woche vom 11. bis 17. August 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
301	233	534	117	30	80	15	14	20	57	42	39	62	32	17	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 3, Scharlach 9, Diphtherie 9, Croup 5, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 57, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 91, Todtgeborene 28.

Дозв. ценз. Спб. 24 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, (12. September) 31. August **1896**

Ein Beitrag zur Amputationstechnik, mit besonderer Berücksichtigung der Neudörferschen Amputations-Methode.

Von

Dr. med. Rudolf Wanach,

Ordinator am Peter-Paulhospital in St. Petersburg.

(Schluss).

Da, wie oben erwähnt, die Neudörfer'sche Methode sehr wenig praktisch erprobt worden ist, so möchte ich meine Fälle, über die ich genaue Notizen habe, ausführlicher mittheilen. Den ersten Fall operirte ich bald nach Erscheinen der Neudörfer'schen Arbeit. Das Operationsresultat, soweit es die Formation des Stumpfes betraf, war trotz des letalen Ausganges so gut, dass auch mein damaliger Chef, Dr. Dombrowski, die Operation acceptirte, die seitdem im Peter-Paulhospital zum Normalverfahren geworden ist. Einige Fälle sind hier noch von Dr. Wukolow operirt, ferner hat Dr. Dombrowski eine grössere Anzahl von Unterschenkelamputationen im hiesigen deutschen Alexanderhospital für Männer gemacht. Endlich hat im vorigen Jahr Dr. Malis eine Oberschenkelamputation und vor einigen Wochen unter meiner Leitung Dr. Brod eine Hüftgelenkexarticulation nach Neudörfer ausgeführt; diese beiden Fälle sind im Peter-Paulhospital operirt worden. Das Resultat war fast immer ein gleich gutes. Meine Fälle sind folgende.

1. Am 2. Juli 1891 trat der 16-jährige A. Ch. in das Peter-Paulhospital ein. Pat. ist Mikrocephale und vollständiger Idiot. Das rechte Knie in spitzwinkeliger Beugung fixirt, die Weichtheile in der Kniekehle stark verkürzt. Das untere Femurende aufgetrieben. Vielfache tuberkulöse Geschwüre von beträchtlicher Grösse bezeichnen die Stellen, wo die Gelenktuberkulose nach aussen durchgebrochen ist. An Resection nicht zu denken. Längs dem Gefässbündel zieht ein derbes Infiltrat weit an der Innenseite des Oberschenkels hinauf. Hohes Fieber. — Am 24. Juli Amputation an der Grenze des untern und mittleren Drittels des Oberschenkels. Schnitt bis auf den Knochen an der Aussenseite. Das Periost lässt sich sehr leicht ablösen. Beim Durchmeisseln des Knochens, der spröde wie Glas ist, bricht die Innenseite des Knochens so ab, dass am untern Fragment ein langer spitzer Stachel entsteht, der das Herausbefördern des Knochens aus der Periostscheide erheblich erschwert. C. 12 Cm. unterhalb werden die Weichtheile mit einem Cirkelschnitt durchtrennt. Die intermuskulären Bindegewebssepta verdickt und starr infiltrirt, sodass die Muskeln garnicht auseinanderweichen. Ein mit schlaffen Granulationen gefüllter c. 8 Cm. nach oben gehender Fistelgang an der Innenseite wird gespalten und ausgekratzt. Nach nochmaligem Absägen des Knochens behufs Glättung des Stumpfes, werden einige durch Haut und Muskulatur gehende Nähte angelegt, zwischen den Nähten zum Knochenstumpf und zu den am stärksten infiltrirten Partien Jodoformmarlytampons eingeführt. Der Weichtheilstumpf lang, voluminös. — Leider war Pat. nach der Operation garnicht zu bändigen, liess beständig Harn und Koth unter sich, riss wiederholt in unbewachten Augenblicken den Verband ab und verschmierte die Wunde. Nach c. 3 Wochen ging er an Sepsis zu Grunde. Trotzdem die Nähte früh entfernt werden und im Wesentlichen offen, d. h. mit Tamponade nachbehandelt werden musste, hatte der Stumpf seine cylindrische voluminöse Form beibehalten, weder die Muskeln noch die Haut hatten sich retrahirt, kurz das Resultat war so, dass es zur weiteren Anwendung des Verfahrens dringend aufforderte.

2. A. S., 17. a. n. trat am 29. Mai ins Hospital ein. Erkrankte vor einem Jahr an acuter Osteomyelitis des linken Oberschenkels, die in einem Landschaftshospital exspectativ behandelt wurde. Aeusserste Anämie, Hautödem, Harn stark eiweisshaltig. Leber und Milz beträchtlich vergrössert. Der ganze linke Oberschenkel in eine derbe speckige Masse verwandelt, mit sehr zahlreichen profus eiternden Fisteln bedeckt. Spitzwinkelige fixirte Contractur des Knies, Wadenmuskeln fast geschwunden. Fieber, kleiner schneller Puls. — In Anbetracht der hochgradigen Veränderungen an den inneren Organen und der äussersten Kachexie war die schleunige radicale Entfernung des Eiterherdes das Einzige, womit man noch dem Kranken das Leben retten konnte. Am 9. Juni Exarticulation des linken Beins im Hüftgelenke nach Neudörfer. Beim Versuch zu chloroformiren collabirte Pat. tief, sodass die Operation ohne Narcose gemacht werden musste. Längsschnitt bis auf den Knochen, oberhalb des Trochanter beginnend und weit nach abwärts geführt. Eröffnung des Hüftgelenks, Ablösung der Gelenkkapsel und des Periosts vom Knochen. Luxation desselben nach aussen. Unter Compression der Gefässe werden die Weichtheile mit einem Cirkelschnitt durchtrennt. Muskeln unter sich und mit der Haut vollständig verbacken und in eine speckige gelbröthliche Masse verwandelt; 3 eiternde Fisteln reichen noch in die Muskulatur des Stumpfes hinein, sie werden ausgekratzt und tampo-

nirt. Der Längsschnitt wird vernäht, nachdem ein Tampon in die Gelenkpfanne eingeführt ist. Ueber dem Querschnitt wird die Haut nur mit einigen Nähten zusammengezogen, die Wunde tamponirt. Der Blutverlust bei der Operation minimal. Schwerer Collaps. — Entsprechend dem elenden Zustand des Kranken sehr langsame Convalescenz. Die Temperatur wurde nach 7 Tagen normal. Der Eiweissgehalt des Urins nahm bedeutend ab, aber erst im März 1893 schwand die Albuminurie ganz. Die Wunde granulirte schlaff und verkleinerte sich sehr langsam. Am 16. Juli 1892 wurde noch ein Abscess im Stumpf geöffnet. Erst am 2. September 1892 konnte Pat. die ersten Gehversuche auf Krücken machen. Die vollständige Ueberhäutung der Wunde erfolgte erst am 28. October 1892. Pat. blieb noch bis zum 8. Mai 1893, also 11 Monate nach der Operation im Hospital. Status bei der Entlassung: Pat. ist noch etwas anämisch, aber von guter Ernährung. Urin eiweissfrei; Milz nicht palpabel, Leber überragt noch den Rippenbogen. Der Oberschenkelstumpf ist cylindrisch geformt, dick, ganz unempfindlich und kann vom Patienten frei und mit gehöriger Kraft bewegt werden.

L 3. J. K., 38 a. n., tritt am 18. Juni 1892 ins Hospital ein. Lange Leidensgeschichte. Spondylitis tuberculosa der Lendenwirbelsäule (mit Gibbus und Kyphose), Infiltration beider Lungenspitzen. Panarthritis tuberculosa des linken Ellenbogengelenks, die schliesslich zu vollständiger Zerstörung des Gelenks führt und unerträgliche Schmerzen macht. Auf dringendes Bitten des Pat. wird am 11. October 1893 der linke Oberarm typisch nach Neudörfer amputirt. Die Wunde ganz vernäht. Heilung per primam, am 25. October die Nähte entfernt. Pat. starb unter zunehmenden Oedemen an allgemeiner Tuberkulose am 29. November 1893. Der Amputationsstumpf von rein cylindrischer Form, ohne Spur von Zuspitzung. Narbe linear, vollkommen frei beweglich. Der Knochenstumpf abgerundet, weder aufgetrieben noch atrophirt, die Markhöhle durch eine c. 3—4 Mm. dicke feste Knochenplatte verschlossen.

4. E. I., 32 a. n. wurde am 16. September 1892 ins Hospital aufgenommen. Vor 3 Jahren bekam er nach einer Contusion Schmerzen im oberen Ende der linken Tibia, seit dem beständiges Reissen daselbst, geringe Schwellung. Leichte Anämie, guter Ernährungszustand, das obere Tibiaende etwas verdickt, die Haut darüber leicht ödematös. In der Voraussetzung, dass es sich um eine chronische Osteomyelitis handle, meisselte ich am 18. September den Knochen auf und fand ein zellreiches weiches myelogenes Sarcom, das den Tibiakopf ganz ausfüllte. Sorgfältige Ausschabung, sodass nur eine Knochenschale stehen bleibt, die namentlich zum Kniegelenk hin sehr dünn ist. Tamponade. Unter reichlicher Eiterung mit mässigem Fieber granulirt die Wunde sehr langsam. In der Nacht auf den 5. November plötzlicher Eiterdurchbruch ins Kniegelenk. Rasende Schmerzen, Schüttelfrost, Temperatur Morgens 39,5, Abends 40,7. 6. November Amputation des Oberschenkels im unteren Drittel nach Neudörfer. Da die Muskulatur und das intermuskuläre Bindegewebe schon infiltrirt sind und Lymphangitis besteht, wird die Wunde nur durch tiefe, Haut und Muskeln fassende, Nähte zusammengezogen, zwischen den Nähten Tampons eingeführt. Vom 3. Tage an Temperatur normal. 16. November Entfernung der Nähte, prima intentio der vernähten Partie. Granulationsheilung der übrigen Wunde, die vorübergehend durch oberflächliche Abscessbildung gestört wird, daher erst am 31. Dec. ganz vollendet ist. — Ich sah Pat. wieder in den ersten Tagen des Mai 1896, also nach mehr als 3½ Jahren. Guter Allgemeinzustand, kein Recidiv des Sarcoms. Der Amputationsstumpf ist nicht ganz cylindrisch, etwas spitz zulaufend. Die Narbe ist an die hintere Fläche des Oberschenkels hinaufgerückt, vollkommen frei beweglich, am Knochen nicht adhärent. Ueber dem leicht verjüngten Knochenende dicke, vollkommen verschiebliche unempfindliche Haut (und Muskulatur?) die starken Druck und Stoss ohne Schmerzen verträgt. Nirgends eine empfindliche Stelle. Pat. selbst ist mit seinem Stumpf sehr zufrieden.

5. A. T., 48 a. n., aufgenommen am 6. März 1894. Im Sommer 1893 war in einer der hiesigen Kliniken der Penis, angeblich wegen Carcinom, amputirt worden; die Inguinaldrüsen waren nicht entfernt worden. Es stellte sich daher in ihnen sehr bald eine rasch wachsende Geschwulst ein, die schliesslich exulcerirte. Abmagerung und Kräfteverfall. — Kachektischer Mann. Kein Recidiv am Penisstumpf. In beiden Leisten faustgrosse Drüsenpackete, wenig verschieblich, durch die Haut perforirt, pilzförmige stinkende Geschwüre bildend, links grösser als rechts. In den inneren Organen keine Metastasen nachweisbar. Auf dringendes Bitten des Pat. am 16. März Operation. Rechts hat die Geschwulst die Vena saphena umwuchert, die daher resecirt wird, von der Vena femoralis lässt sich die Geschwulst abpräpariren. Links reicht die Geschwulst so nahe an die Gefässe heran, dass zwecks Exstirpation im Gesunden die Arteria und Vena iliaca nach Abschieben des Peritoneum oberhalb des Poupartschen Bandes unterbunden und mit entfernt werden müssen. Unterbindung der Vasa profunda femoris und der Vasa femoralia unterhalb des Foramen ovale fasciae latae. Da auch der Samenstrang von der Neubildung ergriffen ist, wird er zusammen mit dem linken Hoden entfernt. Die riesige Wunde tamponirt und offen gelassen. Bei fieberlosem Verlauf stellt sich trockene Gangrän des linken Unterschenkels bis zum Knie ein. Vom 3. April an Fieber und Abscessbildung an der Innenseite des Knies mit Lymphangitis am Oberschenkel. Erst am 13. April willigt Pat. in die Amputation, die nach der Neudörfer'schen Methode in der Mitte des Oberschenkels ausgeführt wird. Blutung minimal. Ein vereiterter Thrombus in der Vena femoralis wird mit dem scharfen Löffel ausgeräumt. Wunde ganz offen gelassen, tamponirt. Fieberloser Verlauf. Am 16. April Secundärnaht der Wunde ohne Drainage, mit wenigen tiefen Nähten. 27. April Nähte entfernt, die Lücken zwischen den Nähten granuliren gut, ebenso die Wunden in den Leisten. 7. Mai beginnt Pat. auf Krücken zu gehen. 26. Mai Starkes Oedem des Scrotum und des ganzen Amputationsstumpfes. 31. Mai Amputationswunde verheilt. Nach einem intercurrenten Erysipel im Juni, das von der Leistenwunde ausging, allmählige Heilung per granulationem der Leistenwunden. Am 6. August verlässt Pat. das Hospital, ausserordentlich erholt, in vortrefflichem Allgemeinzustand. — Am 12. September 1894 stellt Pat. sich wieder vor. Keine Kachexie, Pat. ist nur etwas abgemagert — offenbar wegen ungenügender Ernährung bei absoluter Mittellosigkeit. Der Amputationsstumpf ganz schmerzlos, dick, derb ödematös. Die Narbe liegt an der hinteren Fläche des Oberschenkels, ist in der Tiefe nicht ganz frei gegen den Knochen verschieblich, aber garnicht empfindlich. Pat. selbst sehr zufrieden. Kein Recidiv des Carcinoms.

6. P. F., 68 a. n., aufgenommen am 22. Mai 1894. Decrepider Greis. Spitzwinklige Contractur des seit 7 Jahren tuberkulös erkrankten linken Kniegelenkes. Infiltration des Oberlappens der linken Lunge. 25. Mai Amputation in der Mitte des Oberschenkels nach Neudörfer. Wunde vernäht bis auf den äusseren Winkel des Querschnitts, wo wegen entzündlicher Infiltration ein Tampon zwischen die Muskeln eingeführt wird. 30. Mai Nähte entfernt, Wunde verheilt. Nur an der tamponirten Stelle geringe Eiterung; hier etablirt sich eine Fistel, die erst nach Ausstossung eines nekrotischen Fascienstückes am 7. August verheilt ist. Tod am 27. August an allgemeiner Tuberculose. Der Amputationsstumpf bis zuletzt cylindrisch, schmerzlos. Die Narbe ist etwas nach hinten verzogen.

7. P. G., 31 a. n. war am 16. April 1894 in einem Landschaftshospital wegen einer schweren Eisenbahnverletzung unter der Mitte des rechten Unterschenkels amputirt worden. Am 17. Juli Eintritt in das Peter-Paulhospital. Exquisit conischer Stumpf mit einem torpiden Geschwür an der Spitze. 5. August Reamputation, eine Handbreit höher, nach Neudörfer. Blutstillung im schwieligen Gewebe schwierig. Die Knochen splittern beim Meisseln, doch ist Sägen unmöglich weil die schwieligen Gewebe sich nicht nach oben ziehen lassen. Die Operation bestand im Wesentlichen in Excision der Hautnarben mit ihrem Ulcus und Auslösung der Knochen aus dem Periostmantel von zwei Längsschnitten aus. Tampon in die Periosthöhle (wegen der parenchymatösen Blutung), die übrige Wunde vernäht. 12. August Nähte entfernt. Prima intentio. — Die tamponirte Stelle ist am 7. September überhäutet. Am 2. October Stumpf absolut unempfindlich, breit cylindrisch; im Bereich des Periostmantels ist deutliche Knochenneubildung zu constatiren. Mit Stelzfuss entlassen.

8. I. W. 31 a. n., aufgenommen am 6. Juli 1895. Vor 14 Monaten hat Pat. sich den rechten Unterschenkel im unteren Drittel gebrochen. Die Fractur heilte schief, es bildete sich eine Fistel, aus der sich wiederholt Knochenstücke ausstiessen. In 2 Landschaftshospitälern wurden wiederholt vergebliche Versuche gemacht, auf operativem Wege die Stellung zu corrigiren. Pat. kann das Bein garnicht brauchen. Das Bein hochgradig atrophirt. Die Haut im unteren Drittel des Unterschenkels in eine gespannte rothe Narbe verwandelt, die ein bis auf den entblössten Knochen reichendes Ulcus trägt. Das untere Tibiafragment stark nach aussen und oben dislocirt und ausserdem um ca. 30° nach innen rotirt. 6 Cm. Verkürzung. Der Fuss in Plantarflexion fixirt. Pat. weigert sich strict, noch einen Versuch, das Bein zu erhalten, zu gestatten, besteht auf der Amputation. Diese wird am 17. Juli im oberen Drittel des Unterschenkels typisch nach Neudörfer (resp. Bruns) vorgenommen. Etagennaht; die tiefen Nähte fassen Periost und Muskeln, die oberflächlichen die Haut. Keine Drainage. Operation unter Blutleere, der Esmarch'sche Schlauch wird erst nach Vollendung der Hautnaht abgenommen. Bis auf einmalige Temperatursteigerung am 18. Juli (38,6) fieberloser Verlauf. 24. Juli die Nähte werden entfernt, die Wunde ist vollständig per primam geheilt. Am 27. Juli beginnt Pat. bei gutem Allgemeinzustand und normaler Temperatur über Schmerzen im Stumpf zu klagen. Objectiv keine Veränderung.

Die Schmerzen steigern sich und werden immer bestimmter an einem Punkt nahe dem Ende des Stumpfes zwischen Tibia und Fibula localisirt. Der übrige Stumpf bei Druck und Stoss ganz unempfindlich. Wegen der immer mehr sich steigernden Schmerzen, die mit Sicherheit im Nervus peroneus superficialis localisirt werden können, wird dieser am 18. August unter Chloroform aufgesucht. Das Ende des Nerven zeigt eine circumscripte knotenförmige Verdickung von Erbsengrösse und ist mittelst Narbengewebe an der Fibula fixirt. Excision des Neuroms, Resection von c. 4 Cm. des Nervenstammes. Die Wunde wird vollständig vernäht und heilt ganz glatt per primam. Die Schmerzen lassen bald nach und am 8. September verlässt Pat. geheilt und mit einer Prothese versehen das Hospital. Der Amputationsstumpf breit cylindrisch, weich, ganz unempfindlich, die Weichtheile frei beweglich, im Bereich des Periostcylinders ist deutliche Knochenbildung nachzuweisen.

9. P. M., 44 J. a., wird am 8. März 1896 ins Peter-Paulhospital aufgenommen. Hat in der Jugend eine Spondylitis überstanden, die mit starker Kypho Scoliose ausgeheilt ist. Vor mehreren Jahren eine Erkrankung des linken Sprunggelenkes, die zu vollständiger Ankylose des Gelenks geführt hat. Seit einem Jahr ist das linke Kniegelenk tuberculös erkrankt. In einer hiesigen Klinik wurden 2 kleine ins Gelenk führende Schnitte gemacht, aus denen es profus eitert. Das Knie in rechtwinkeliger Beugestellung fixirt. An der hinteren Seite des Beins reicht ein grosser kalter Abscess von der Kniekehle bis weit am Oberschenkel hinauf. Pat. ist sehr anämisch, fiebert. Kein Eiweiss im Harn. Lungen normal. — 21. März Amputation nach Neudörfer. Der Querschnitt, eine Handbreit über dem Knie, fällt durch den Abscess an der hinteren Seite des Oberschenkels, der fast bis zum Tuber ischii reicht. Die Wunde wird in Etagen genäht, bis auf den Abscess; dieser wird im Bereich des Amputationsschnittes offen gelassen und durch eine hinten oben gemachte Gegenöffnung drainirt. — Sofortiger dauernder Temperaturabfall nach der Operation. Wo die Wunde genäht ist, heilt sie bis zum 3. April per primam. An der hinteren Seite des Stumpfes bleibt an Stelle des Abscesses ein langer schmaler, wenig secernirender Fistelgang. Da er sich garnicht schliessen will, wird er am 24. Juni mit einem langen Verticalschnitt gespalten. Die Wunde führt auf eingedickte Käsemassen, die zwischen den Muskeln liegen und mit dem Löffel sorgfältig entfernt werden. Nach aussen von dieser Wunde wird, da sich in der Narbe nachträglich eine Fistel gebildet hat, ein zweiter Verticalschnitt bis in die Muskulatur gemacht, der auch auf einen in den Weichtheilen gelegenen Käseherd führt. Tamponade und offene Behandlung. Jetzt sind nur noch 2 kleine oberflächliche Granulationsstreifen nach. — Der Amputationsstumpf ist breit cylindrisch, die Quernarbe nach hinten verzogen. Die Weichtheile sind über dem deutlich ein wenig verdickten Knochenstumpf ganz frei verschieblich. Sowohl die Weichtheile als auch der Knochen sind ganz unempfindlich. Die Ernährung des Patienten hat sich ausserordentlich gebessert.

10. P. B., 31. J. a., am 16. Juli 1896 im Peter-Paulhospital aufgenommen. Ist im April 1895 in einem Landhospital wegen einer schweren Verletzung im unteren Drittheil des linken Unterschenkels amputirt worden. Die Wunde heilte langsam, mit Eiterung. Seitdem beständige unerträgliche Schmerzen in der Narbe und im ganzen Stumpf. Atrophischer und exquisit conischer Stumpf. Die Narbe ist fest mit dem Knochen verwachsen, mit dünner Epidermis bedeckt, äusserst empfindlich bei Berührung. — 18. Juli Reamputation, c. eine Handbreit höher. Längsschnitte über Tibia und Fibula. Das Periost löst sich sehr leicht ab. Das Ende des Stumpfes wird mit einzeitigem Cirkelschnitt entfernt. Da die von Narben durchsetzten Muskeln ein Hinaufziehen der Weichtheile verhindern, benutzte ich zur Durchtrennung der Knochen wieder den Meissel. Dabei brach von der hinteren Fläche der Tibia ein ziemlich langer Knochensplitter ab, obgleich der Knochen nicht besonders spröde war. Alle grösseren Nervenstämme werden weit vorgezogen und abgeschnitten. Eine Reihe Nähte fasst Periost und Muskeln, die zweite vereinigt die Hautwunde. Keine Drainage. Heilung per primam. Eine circumscripte oberflächliche Hautnekrose zwischen zwei zu dicht angelegten Nähten heilte aseptisch, unter dem Schorf. Jetzt ist der Stumpf frei beweglich über den Knochen, breit, derb und unempfindlich.

Ich habe die vorstehenden 10 Krankengeschichten (1 Amputation des Oberarms, 3 Amputationen des Unterschenkels, 5 des Oberschenkels und 1 Exarticulation im Hüftgelenk) ausführlicher mitgetheilt, weil sie auch abgesehen von der Amputation manches Interesse bieten. Fall 1 ist an Sepsis im Anschluss an die Operation gestorben; doch dürften die geschilderten exceptionellen Verhältnisse das vollkommen erklären. Fall 3 und 6 starben nach Heilung der Amputationswunde an allgemeiner Tuberkulose. Fall 2 demonstrirt eindringlich die Gefahren der conservativen Behandlung der acuten Osteomyelitis, die leider noch immer nicht wenige Anhänger hat; zu erklären ist das wohl nur durch Unkenntniss der schönen Resultate, welche die möglichst frühe ausgedehnte Aufmeisselung des erkrankten Knochens giebt. Unserem Kranken kostete das zu lange Abwarten sein Bein und fast das Leben: — Bemerkenswerth ist das Verschwinden der hochgradigen Albuminurie und die Rückbildung des Milztumors nach Entfernung des Eiterherdes. Eine solche reparative Thätigkeit kann wohl nur ein jugendlicher Organismus entfalten. — Fall 5 zeigt, wohin es führt wenn man bei Carcinomoperationen nicht principiell die regionären Lymphdrüsen mit entfernt. Dass diese Unterlassung fast gleichbedeutend mit einer unvollendeten Operation ist, wird offenbar noch nicht allgemein anerkannt. Unserem Kranken kostete die Unterlassung ein Bein, einen Hoden und fast das Leben. Wenn man die regionären Lymphdrüsen bei Carcinomkranken genau mikroskopisch untersucht, so findet man sie fast ausnahmslos erkrankt; das muss jedem, der sich an Carcinomoperationen macht, bekannt sein. Es ist daher schwer sich vorzustellen, was der Operateur sich dabei denkt, wenn er einem Menschen den carcinomatösen Penis abschneidet und die Inguinaldrüsen stehen lässt. — Dass unter den 10 Fällen sich 2 finden (7 und 10), die wegen schlechter Stümpfe reamputirt werden mussten, spricht wohl auch dafür, dass das Bedürfniss nach besseren Methoden, als den allgemein üblichen, vorhanden ist. — Fall 8 ist wegen der Neurombildung trotz vollständiger prima intentio beachtenswerth. Ich glaube, dass die auffallend starke Bindegewebsbildung, die das Nervenende am Knochen fixirte auf die Nachblutung zurückzuführen ist, die wohl immer eintreten wird, wenn man den Esmarchschen Schlauch erst nach Beendigung der Operation löst. Es dürfte sich behufs besserer Blutstillung empfehlen, den Schlauch vor Anlegung der Nähte zu lösen. Zunächst ist ja dann die Blutung bekanntlich ziemlich stark, kann aber in der offenen Wunde jedenfalls sicher gestillt werden.

Der Wundverlauf in meinen 10 Amputationsfällen könnte ungünstig erscheinen, da nur 3 glatte Heilungen per primam zu verzeichnen sind. Es sind das die Fälle, wo in ganz gesunden Weichtheilen amputirt wurde. In allen übrigen Fällen ausser dem schon besprochenen Fall 1 — und es sind einige sehr schwere darunter — ist die immer localisirte und erfolgreich bekämpfte Eiterung auf schon zur Zeit der Operation bestehende Lymphangitis, Phlegmone oder Abscessbildung im Bereich der Wunde zurückzuführen. Nekrose im Bereich der Wunde als Folge ungenügender Ernährung wurde keinmal beobachtet.

Bei den Amputationen des Oberschenkels ist besonders hervorzuheben, dass die Narbe sehr bald durch die Beugemuskeln an die hintere Fläche des Stumpfes verzogen wird — eine Lage, die man ja sonst durch ad hoc ersonnene Methoden der Lappenbildung zu erreichen sucht. Die Neudörfer'sche Methode macht mithin den gegen die Cirkelschnitte erhobenen Einwand, dass die Narbe eine ungünstige Lage habe, hinfällig. Dadurch, dass die Muskeln den Knochenstumpf allseitig bedecken und über ihm frei beweglich bleiben, kommt das Uebergewicht der Flexoren über die Extensoren, wenigstens beim Oberschenkel, soweit zur Geltung, dass die Hautnarbe genügend nach hinten oben verlagert wird.

In allen meinen Fällen war der Stumpf nach vollendeter Heilung vollkommen unempfindlich. Das spricht wohl dafür, dass auch in den Fällen, wo es zunächst nicht durch Palpation sichergestellt werden konnte, ein

solider knöcherner Verschluss der Markhöhle des Knochens eingetreten war. Weiter ist aber dieses gute Resultat dadurch bedingt, dass die gesammten Weichtheile fast ausnahmslos am Knochen ganz frei verschieblich blieben.

Was endlich die gefürchtete Atrophie des Weichtheil- und Knochenstumpfes betrifft, so ist es eine physiologische Unmöglichkeit, dass sie ganz ausbleibt. Jedes Gewebe, das nicht normal functionirt muss atrophiren. Es wird daher nie eine Amputationsmethode geben, die eine Atrophie des Stumpfes garnicht aufkommen lässt. Für den Kranken ist aber weiter nichts nöthig, als dass sein Stumpf ganz schmerzlos und beweglich ist — und das, glaube ich, wird durch die Neudörfersche Methode garantirt. Ich habe freilich nur wenige Kranke längere Zeit (bis zu 3½ Jahren) nach der Amputation nachuntersuchen können — darunter auch 2 von Dr. Dombrewski am Oberarm und am Unterschenkel Amputirte — diese aber sind alle auch nach dieser Zeit gänzlich frei von Beschwerden; ausser der Abmagerung, die ja nothwendig erfolgen muss, sind die Stümpfe so, wie Neudörfer es mit berechtigter Sicherheit erwartet hat.

Resumé: die Neudörfer'sche Amputationsmethode erfüllt alle Forderungen, die man zu stellen berechtigt ist; für die Amputation im Bereich der Extremitätendiaphysen, giebt es keine Methode, die ebenso vielseitig verwendbar ist und ebensoviel leistet. Sie ist daher als das Normalverfahren an diesen Gliedabschnitten zu betrachten, wenn nicht besondere individuelle Verhältnisse eine Abweichung vom Typus erheischen.

Referate.

Dr. Tilmann. Assistent der chirurg. Klinik des Geheimraths Prof. Bardeleben (†). Zur Behandlung der Schädelschusswunden. (Deutsche militärärztl. Ztschr).

Auf der chirurg. Klinik des verstorb. Geh. Prof. v. Bardeleben sind in den letzten 2 Jahren 38 Schädelschüsse behandelt worden und zwar alle nach demselben Princip und in gleicher Weise. Sie betrafen 34 Männer im Alter von 19—67 Jahren, 3 Frauen im Alter von 22—30 Jahren und 1 Kind; sie waren, bis auf das Kind, alle Selbstmordschüsse. Von den 38 Fällen sind 21 (55%) geheilt, 17 (45%) gestorben. Bei 16 Fällen — die alle geheilt sind — konnte eine Eröffnung der Schädelhöhle nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden; bei 22 war das Geschoss in die Schädelhöhle eingetreten. — 5 (23%) Revolverschüsse wurden geheilt, 17 (77%) starben. — Von 159 Kopfschüssen, die früher in der Klinik beobachtet worden sind, endeten letal 66 (41.5%), verliefen günstig 93 (58,5%). Bei den 16 nicht penetrirenden Kopfschüssen beschränkte sich die Behandlung auf sorfältige Reinigung und Reinhaltung der Umgebung der Schusswunde die rasirt, mit sterilem Wasser und mit Aether gewaschen wurde; die Wunde selbst wurde mit sterilen trockenen Gazebäuschen ausgetupft, dann mit Jodoformgaze oder steriler Gaze, die durch einen Wattecollodium-Verband festgehalten wurde, bedeckt. Nach der Kugel wurde nie gesucht, überhaupt die Wunde möglichst nicht berührt; bei 14 Kranken blieb die Kugel im Körper stecken und heilte reaktionslos ein. — Die Behandlung war in allen Fällen eine abwartende, es sei denn, dass Nebenerscheinungen zum chirurgischen Eingriff zwangen; z. B. Trepanation zur Entfernung eingesprengter Knochensplitter aus dem Gehirn bei aufgetretener Lähmung der Extremitäten etc. — Bei Beachtung aller Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Andauernde Bewusstlosigkeit ist ein signum pessimi ominis, während bei Erhaltung des Bewusstseins Rettung möglich ist. — Die Hauptgefahr für den Verletzten liegt in der Blutung, der sehr schwer zu begegnen ist, da eine Blutung innerhalb des Hirns nicht zu stillen ist; bei einer Blutung aus dem Einschuss können nach einander die Art. tempor. superfic. und profunda, und die Art. meningea media unterbunden werden; blutet es dann noch weiter, so kann man tamponiren, doch geht bei Wegnahme des Tampons die Blutung von neuem los, und beim Liegenbleiben des Tampons kann Infection eintreten. Es hat sich bestätigt, dass Schusswunden meist aseptisch sind. Die Behandlung muss eine grundsätzlich exspectative sein: aseptischer Verband mit Desinfection der Umgebung der Wunde, nicht der Wunde selbst, Stillung der arteriellen Blutung. Alle, bei denen die sogenannte primäre Trepanation gemacht wurde, starben; von den 7 Kranken, bei denen später auf Grund bestimmter Indicationen trepanirt wurde, wurden 4 (57%) geheilt 3 (43%) starben. — Nach Verfasser ist die primäre Trepanation bei Schädelschüssen nur indicirt zum Zweck Stillung von arteriellen Blutungen und bei schon vorhandenen contralateralen Lähmungen oder Krämpfen. Sonst ist die exspectative Behandlung die beste. Später werden Trepanationen meist veranlasst durch eintretendes Fieber, durch contralaterale Hemiplegien und durch den Nachweis der im Knochen des Einschusses haftenden Kugel. Gr.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. 2. Lieferung. (II. Band, I. Lieferung) Wien 1896. Alfred Hölder.

Die vorliegende 2. Lieferung des grossen, von den hervorragendsten Forschern auf dem Gebiete der Laryngo- u. Rhinologie bearbeiteten Werkes enthält folgende 3 Capitel: Anatomie des Rachens von Prof. Dr. J. Disse in Marburg, Physiologie des Rachens von Prof. Dr. Einthoven in Leiden und die Untersuchungsmethoden des Rachens von Dr. G. Spiess in Frankfurt a. M. Alle diese Abschnitte sind mit der grössten Vollständigkeit und nach den Ergebnissen der neuesten Forschungen dargestellt. Ueberall geben sich die Autoren die grösste Mühe den Stoff möglichst klar zu machen, wozu die zahlreichen Abbildungen im Text sehr viel beitragen. Jedem Capitel ist ein ausführliches, sorgfältig zusammengestelltes Literaturverzeichniss beigefügt, wodurch dem Leser die Möglichkeit gegeben wird über jede ihn speciell interessirende Frage sich leicht zu orientiren. Wir können das Werk nur nochmals bestens empfehlen. Druck und Ausstattung desselben sind ausgezeichnet. A. Sacher.

Dr. H. Schröder: Kompendium der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studirende. Mit 20 Abbildungen im Text. Breslau. Verlag von Preuss und Jünger. 1896.

Ein sehr zu empfehlendes Büchlein, dass lediglich für den Bedarf des praktischen Arztes, namentlich in kleineren Städten, und des Studireuden zur Ergänzung und Repetition des im praktischen Kurse Gelernten, berechnet ist. Die Darstellung ist zwar knapp, aber durchaus klar und genau. Der theoretische Theil ist kurz abgefasst, dagegen sind die therapeutischen Handgriffe, die von jedem Arzte zu verlangen sind, z. B. Ausspritzen, «Politzern» etc. möglichst eingehend erörtert. Dem Fachmanne giebt es nichts Neues.

A. Sacher.

Das Hörvermögen der Taubstummen mit besonderer Berücksichtigung der Helmholtz'schen Theorie, des Sitzes der Erkrankung und des Taubstummenunterrichts von Dr. Fr. Bezold, Prof. d. Ohrenkr. an d. Univ. München. Wiesbaden. Verl. von J. F. Bergmann 1896.

Die Taubstummenforschung hat in letzter Zeit das allgemeine Interesse wachgerufen; in rascher Folge sind mehrere diese Frage behandelnde otologische Arbeiten erschienen. Dem vorliegenden neuen Beitrage auf diesem Gebiete sind die Hörprüfungsergebnisse von 79 Taubstummen des Münchener kgl. Central-Taubstummen-Instituts zu Grunde gelegt, die mit der continuirlichen Tonreihe vom Verf. gewonnen worden sind. Die theoretische und praktische Bedeutung dieser wichtigen und complicirten Hörprüfungen, die nicht nur den Grad der Hörstörung, sondern auch deren Sitz ermitteln sollen, ist eine sehr grosse; sie geben nämlich einigen Aufschluss darüber, in welcher Weise die zahlreichen bei Taubstummen noch vorhandenen Hörreste für den Unterricht in den Taubstummenanstalten ihre Verwerthung finden können. Die Schrift ist nicht allein für Aerzte, sondern auch für Taubstummen-Lehrer bestimmt; die allgemein verständliche Form derselben, macht sie auch Nichtärzten leicht zugänglich. Wie alle aus der Feder Bezold's geflossenen Schriften wird auch diese mit hohem Interesse gelesen, jeder Arzt wird daraus viel Anregung und Belehrung schöpfen können. Wir können daher das Buch auf das Wärmste empfehlen, desto mehr, als der Ertrag desselben für das Central-Taubstummen-Institut in München bestimmt ist. A. Sacher.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg Dritte Auflage. Band VIII. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1895.

Dieser Band beginnt mit «Fistel» und schliesst mit «Gehirnkrankheiten». Die Arbeiten über das Gehirn füllen einen grossen Theil des Bandes aus und sind meist sehr sorgfältig und werthvoll; unvortheilhaft sticht davon der dürftige Artikel von Kirchhoff über «Gehirnbruch» ab. W.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Albert Eulenburg. III. Auflage. Band IX. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1895.

Dieser Band der Real-Encyclopädie enthält die Artikel «Gehirnnerven» bis «Haschisch.» Das Werk schreitet rüstig fort, so dass die neue Auflage wohl in wenigen Jahren vollendet sein wird. Dass Herausgeber, Mitarbeiter und Verleger nicht nur schnell sondern auch sorgfältig und gewissenhaft arbeiten davon kann man sich an jedem neu erscheinenden Band überzeugen. W.

Encyclopädie der Therapie herausgegeben von Prof. Dr. Oscar Liebreich unter Mitwirkung von Dr. Martin Mendelsohn und Dr. Arthur Würzburg Erster Band, III. Abtheilung. (Berlin 1896. Verlag von August Hirschwald).

Wir haben bereits beim Erscheinen der 1. Abtheilung dieses Werkes unsere Leser auf den Werth einer solchen Encyklopädie aufmerksam gemacht und die Anschaffung derselben auf das Wärmste empfohlen. Nunmehr schreitet das Werk rüstig vor; in der vorliegenden Abtheilung finden wir den Stoff von C—D abgehandelt, — er umfasst also eine grosse Reihe von Krankheitszuständen, und alle diese werden unter Zugrundelegung der vom geschätzten Herausgeber in der Vorrede angeführten Principien abgehandelt. Es sind durchaus nicht blos nackte therapeutische Vorschriften, die aufgezählt werden, sondern wir finden neben der eingehenden Berücksichtigung aller Heilmethoden auch eine auf streng wissenschaftlicher Basis gehaltene Beleuchtung der Wirkungweise dieser Methoden In dieser Hinsicht darf «die Encyklopädie der Therapie» durchaus nicht auf eine und dieselbe Stufe mit den bereits existirenden therapeutischen Lexica gestellt werden; sie soll vielmehr, wie Liebreich sagt, als Ergänzung und Erklärung der Lehrbücher der Therapie dienen. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

Abelmann.

F. Schauta: Grundriss der operativen Geburtshilfe. 3. Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1896.

Als Verf. im Jahre 1884 seinen «Grundriss der operativen Geburtshilfe» in erster Auflage der Oeffentlichkeit übergab, konnte er mit Recht sagen, es sei in der Literatur auf dem Gebiete der operativen Geburtshilfe eine Lücke vorhanden. Seit der Zeit hat die Zahl der Compendien, «Vademecum» etc. in geradezu erstaunlicher Weise von Jahr zu Jahr progressiv zugenommen. Die klinischen Lehrer der verschiedenen Hochschulen halten es — und nicht mit Unrecht — für ihre Pflicht, dem practischen Arzt, der die an Umfang immer zunehmende Literatur kaum bewältigen kann einen Leitfaden zur Hand zu geben, den sie auf Grund ihrer Erfahrungen und wissenschaftlichen Fortschritte zusammengestellt. Wenn auch derartige Compendien etc. im Wesentlichen natürlich übereinstimmend gehalten sind. so trägt doch jedes mehr oder weniger das Gepräge seines Landes, seiner Schule. Das vorliegende Büchlein, das nun 1896 in dritter Auflage (280 pag.) erschienen, entstammt der Wiener Schule und verleiht den dieser Schule eigenen Auffassungen Ausdruck, ohne den Vorwurf der Exclusivität zu verdienen.

Das Werk behandelt vornehmlich die geburtshilfliche Operationslehre mit Uebergehung oder nur kurzer Skizzirung des auf das operative Eingreifen nicht Bezüglichen. In ausführlicher Weise ist von der Behandlung der Hindernisse während der Geburt von Seiten der Mutter (Tumoren etc.) und von Seiten des Kindes (Monstra) die Rede. Dann folgen die Capitel über künstliche Lageverbesserungen der Frucht, die Extraction mit der Zange bei den verschiedenen Schädellagen. Nach Besprechung verschiedener Handgriffe zur Entwickelung des Kopfes bei Beckenendlagen heisst es ganz kategorisch, dass die Zange an den nachfolgenden Kopf «aus der Reihe der geburtshilflichen Operationen zu streichen» sei, während dieses Verfahren in Deutschland manche Vertheidiger hat. Von der Wiener Schule ging die Modification der Tarnier'schen Zange durch Breus aus, dieser wird mit Entschiedenheit der Vorzug gegeben. Es folgt die Beschreibung der zerkleinernden Operationen (Decapitation, Exenteration etc.). Dem Text sind 58 bildliche Darstellungen beigefügt. Im Anschluss, aber, wie es scheint, mit besonderer Vorliebe, sind die Capitel über den Kaiserschnitt, Symphyseotomie, Verletzungen des Kindes während der Geburt und die Behandlung der Asphyxie besprochen. Die Sectio caesarea wird in ihrer geschichtlichen Entwickelung, Ausführung, Prognose etc. einer ganz besonders genauen Besprechung unterzogen. Der Wiener Schule wird das Verdienst vindicirt dem Porro'schen Kaiserschnitt einen rühmlichen Platz unter den geburtshilflichen Operationen angewiesen zu haben, mit der Hoffnung verbunden, in Zukunft die Perforation des lebenden Kindes vollkommen zu ersetzen. Das Buch, leicht und durchaus nicht trocken geschrieben, wird nicht verfehlen, auch bei uns Eingang zu finden.

Lingen.

Ch Féré: Nervenkrankheiten und ihre Vererbung. Berlin 1896. Fischer's medic. Buchhandlung 262 pag. Preis Mk. 4.50.

Das Buch ist die von Dr. Schnitzer besorgte Uebersetzung von Féré's «La famille névropathique». Unter dieser Bezeichnung fasst Féré die Geistes- und Nervenkrankheiten mit und ohne bekannte anatomische Grundlage zusammen und giebt eine gedrängte übersichtliche Darstellung des Modus der Vererbung und des grossen Einflusses, welchen sie bei jenen Erkrankungen ausübt. Aus allen Thatsachen ergiebt sich für Féré, dass für ihre Entstehung die ererbte Prädisposition der Hauptfactor ist, dass alle anderen Einwirkungen, physische wie psychische, nur die Rolle von Gelegenheitsursachen beanspruchen dürfen. Nachdrücklich betont Féré die engen Beziehungen der Tuberkulose, des chron. Rheumatismus, der Gicht, des Diabetes zu den erblichen Nervenkrankheiten. An die Besprechung der Erblichkeit der Missbildungen schliessen sich die Capitel über die Entartung, diesen vielgebrauchten modernen, immer noch schwankenden Begriff. Der Leser findet hier alles Material für diese Frage in Kürze zusammengefasst. Im Schlusscapitel «Prophylaxis» deutet Féré nur kurz die Möglichkeit an, wie gegen die Entartung angekämpft werden kann, indem man für die Erzeuger günstige Ernährungsbedingungen schafft und die nutritive Thätigkeit lokalisirt».

Die Abbildungen im Text sind grössten Theils sehr undeutlich gerathen.

Michelson.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 20. März 1896.

Dr. Paul Klemm: Ein Mann von 62 Jahren hatte seit 5 Tagen einen linksseitigen eingeklemmten Leistenbruch.

Bei der Herniotomie fanden sich 20 Ctm. Dünndarm. Die Schlinge selbst war blauroth verfärbt, jedoch spiegelte die Serosa noch. Am zuführenden Schenkel war die Schnürfurche circulär brandig geworden. Die Schnürfurche wurde circulär umschnitten, jedoch so, dass der Schnitt nur bis an die Schleimhaut vordrang; dann wurde die necrotische Partie nach innen gestülpt und durch Serosa-Serosanähte übernäht. Die in Jodoformgaze gepackte Schlinge wurde alsdann nach breiter Spaltung des Leistenkanals versenkt. Glatter Verlauf. Am 5. Tage trat bei geringer Erhöhung der Temp. (37,7) starke blutige Expectoration auf; dabei bestand L. H., U heftige Schmerzhaftigkeit beim Athmen. Percutorisch und auscultatorisch liessen sich keinerlei Veränderungen nachweisen. Der Auswurf bestand aus reinem, hellen Blut; die Expectoration hielt 10 Tage an, dann wurde dieselbe dunkler, braunroth und sistirte schliesslich ganz.

Vortrag. führt diesen Fall hauptsächlich deswegen an, weil der Zusammenhang, der zwischen Lungenaffectionen und necrotisirenden Processen auf der Darmschleimhaut in Folge von Brucheinklemmung und Darmverschluss besteht, noch nicht einheitlich erklärt worden ist. Es ist das Verdienst von Pietrzikowsky experimentell gezeigt zu haben, dass Lungenveränderungen im Sinne des hämorrhagischen Infarctes sowie lobulär pneumonischer Herde in Folge von Brucheinklemmung vorkommen und auf Embolie beruhen. Schon früher hatte v. Wahl in Dorpat, durch klinische Beobachtung geleitet, auf diesen Zusammenhang hingewiesen und Thoma hatte es für wahrscheinlich gehalten, dass gelöste Producte der Fäulnissvorgänge im Darm durch den Mesenterialkreislauf in die untere Hohlvene und durch diese in das rechte Herz und die Lunge gelangen können, wo sie eine septische Pneumonie zu erzeugen vermögen. Nach den Untersuchungen Pietrzikowsky's werden Thromben, die sich in den Mesenterialgefässen gebildet haben, losgelöst und in die Lunge geschwemmt wo sie je nach ihrer Beschaffenheit die

Gelegenheit zur Bildung eines blanden hämorrhagischen Infarctes geben, oder eine septische Lobulärpneumonie anregen. Diese, meiner Meinung nach sehr gut begründete Ansicht wurde von Lesshaft energisch bekämpft.

Er leugnet das Vorkommen jener septischen embolischen Pneumonien auf die von Pietrzikowsky angegebene Weise, nach ihm handelt es sich lediglich um Veränderungen im Lungenparenchym, die ihren Grund in der Aspiration erbrochener Massen haben. Obiger Fall illustrirt nun doch sehr gut, dass ein Zusammenhang zwischen Lungenaffectionen und Darmveränderungen, in der von Pietrziwkowsky angegebenen Weise existiren muss. Es hatte bei meinem Kranken Erbrechen garnicht stattgefunden, es handelt sich des Weiteren auch garnicht um eine Pneumonie, sondern wir hatten das reine Bild des Infarcts, dessen Erklärung sich nur in der Annahme einer Embolie finden liess.

Weiterhin empfahl Vortrag. wo es thunlich ist die suspecte Schlinge, gut in Jodoformgaze gepackt, nach breiter Spaltung des Leistenkanals zu reponiren. Durch Vorlagern der Schlinge kommt es leicht zu Knickungen derselben; diese aber bilden ein arges Hinderniss für die schnelle Entleerung des Kothes und auf diese kommt in letzter Linie doch Alles an, denn der gestaute, faulig zersetzte Koth + der Gasspannung in den, oberhalb des Hindernisses gelegenen Darmabschnitten, unterhalten die fortschreitenden von der Schleimhaut ausgehenden Ernährungsstörungen des Darmes, die wie ja genügend bekannt, schliesslich in Gangrän auslaufen.

Dr. Bergmann. Es giebt Fälle, wo ein Versenken nicht gut möglich ist, dieses eignet sich nur dort, wo die suspecte Stelle auf ein geringes Areal beschränkt ist und durch Uebernähen geschützt werden kann. Bei ausgedehnter Necrose der eingeklemmten Schlinge resp. bei Veränderungen oberhalb des Einschnürungsringes wird man besser thun, vorzulagern.

Dr. Hampeln erwähnt die Möglichkeit, dass die Embolie in die Lungen auch durch die Hautvenen erfolgen könnte.

Dr. Otto Klemm bemerkt, dass Lungenaffectionen bei Kindern in Folge von Darmerkrankungen nicht selten sind.

Dr. Mey weist auf den hämatogenen Ursprung der Lungenaffection hin.

2) Dr. Treymann: Demonstrationen:

3) Dr. Schabert demonstrirt die Schwarte einer Pachymeningitis hämorrhagica von ungewöhnlicher Ausdehnung. Diese bildet einen zufälligen Nebenbefund. Sie bestand aus zwei Blättern, die zwischen sich ca. 30,0 hämorrhagischen Serums enthielten — Hygrom der dura mater. Sie überzog die ganze rechte Hemisphäre.

4) Dr. Krannhals: Demonstrirt pathologisch-anatomische Präparate.

a) Zwei Fälle von Calculosis renalis.

b) Ein Magen mit einer grossen Zahl tubercul. Geschwüre.

c) Eine congenitale Herzanomalie ein sog. «Cor triloculare biatricum». Das männliche Kind, hatte ein Alter von mehr als zwei Monaten erreicht und bis kurz vor dem Tode keinerlei Symptome eines schweren organischen Leidens dargeboten. Anfangs bei Ammennahrung schlecht gediehen, hatte es in den 3—4 letzten Wochen seines Lebens bei Kuhmilch gute Fortschritte in der Ernährung gemacht. Es hatte stets ohne auffällige Behinderung aus der Soxhletflasche getrunken, keine Erscheinungen der Stenose oder Cyanose dargeboten. Hin und wieder fiel eine etwas steife Kopfhaltung bei gestreckter Wirbelsäule und herabgegangenen Schultern auf. Ein par Mal wurde auch der Thorax percutorisch und auscultatorisch untersucht, ohne dass sich hierbei (bei stets leise ausgeführter Percussion) etwas Pathologisches constatiren liess. Ca. 15 Stunden vor dem Tode stellten sich ziemlich schnell die Erscheinungen der Athmungsbehinderung ein und zwar, wie der hinzugerufene Referent und der consultirte College Dr. Paul Klemm constatiren konnten eine Stenose der Trachea und des rechten Hauptbronchus. Es fand sich bei gesteigerter Athmungsfrequenz inspiratorische Einziehung der Rippen, leichte Cyanose der sichtbaren Schleimhäute bei freier Kehlkopfathmung. Rechts vorn oben am Thorax von der I.—III. Rippe complete Dämpfung, die in die Herzdämpfung überging; aufgehobener Pectoralfremitus, kein Athmungsgeräusch daselbst; über der ganzen rechten Lunge abgeschwächtes Athmen. Nach links sind die Herzgrenzen normal. Ictus im IV. Intercostalraum in der linken Mamillarlinie. Herztöne laut, rein. Subnormale Temperatur. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Stenose der Trachea durch einen Tumor (acute Drüsenschwellung, Durchbruch eines latent verlaufenen Abscesses) Tod nach 15 Stunden.

Section: Es fand sich eine angeborene Herzanomalie. Bei Eröffnung des Thorax lag der, durch ca. 20,0 serösen Transsudates noch mehr ausgedehnte Herzbeutel vor. Das stark vergrösserte Herz (Länge 6,5, Breite 7,0, Dicke 5,0 Ctm.) war im ganzen kugliger Gestalt — ragte weit in den rechten Thoraxraum hinüber. Die rechte Lunge retrahirt. Bei näherer Präparation des Herzens ergab sich nun folgendes: Das Herz besass nur einen einzigen Ventrikel von kugliger Form, ohne Andeutung eines Septums. Muskulatur derb und fest, dunkelbraun; Dicke des Ventrikels 1,0 Ctm. Trabekeln stark vorspringend. Auf der rechten Seite des oberen Theiles dieses Hohlraumes fand sich ein mit 3 Klappen versehenes Ostium von 5,5 Ctm. Umfang. durch welches man in ein verhältnissmässig grosses rechtes Atrium gelangte, in welches die obere und untere Hohlvene einmündete. Aus dem rechten Atrium gelangte man durch eine, bloss für einen Bleistift passirbare Lücke im Septum atriorum in ein kleines linkes Atrium, in welches die Lungenvenen einmündeten. Eine Communication zwischen linkem Atrium und dem unoloculären Ventrikel fand sich nicht, ein Ostium venosum sin. war also nicht vorhanden.

Während, wie gesagt, auf der rechten Seite des oberen Theiles des Ventrikels sich das einzige venöse Ostium präsentirte, entsprangen auf der linken Seite desselben die Aorta (2,0 Ctm. Umfang) und die Art. pulmonalis (2,2 Ctm. Umfang), die Aorta rechts, die Pulmonal. links gelagert. Ductus Botallii geschlossen.

Die übrigen Organe völlig normal.

Dr. Hampeln: Dass in dem erwähnten Falle, trotz sorgfältigster Untersuchung und Beobachtung, die Diagnose intra vitam nicht gestellt worden war, lässt sich auf 2 Momente zurückführen.

1) Die fehlende Cyanose.

2) Das Fehlen auscultatorischer Zeichen.

Am häufigsten finden sich congenitale Herzfehler am Pulmonalostium; die Diagnose derselben macht in der Regel keine Schwierigkeiten da die auscultatorischen Phänomene meist sehr deutlich sind. Die Herzfehler ohne Geräusche können nur aus den Störungen in der Circulation erschlossen werden In dem von Dr. Krannhals referirten Falle setzten dieselben so plötzlich und erst sub finem vitae ein, dass sie zur Stellung der Diagnose nicht verwerthet werden konnten. Ebenso verhalten sich, in Bezug auf die Geräusche die Fälle mit Transposition der Gefässe, ebenso begünstigt eine abnorme Kleinheit des Organs das Fehlen von Geräuschen. Der eben referirte Fall ist ein Beweis, dass die Mischung von venösem und arteriellem Blut für das Zustandekommen der Cyanose belanglos ist.

Dr. Krannhals: Es liess sich zudem constatiren, dass das sehr vergrösserte Herz einen Druck auf die Trachea ausgeübt hatte, diese war comprimirt.

Dr. Otto Klemm. Er nennt aus der Literatur den Fall Sänger's, wo der Pat. mit completem Defect des septum ventriculorum 20 Jahre gelebt hatte, ohne dass intra vitam je Erscheinungen von gestörter Circulation aufgetreten wären. Er fragt an, ob nicht eine Schwellung der Thymus bestanden hätte, daran müsse stets gedacht werden.

Dr. Krannhals: Die Dämpfung war sicher durch das vergrösserte Herz bedingt.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 3. April 1896.

1) Dr. S. Kröger II. Krankenvorstellung (der Fall erscheint gedruckt).

Dr. Mey bemerkt hierzu, dass der Herzfehler wohl nicht in einer Pulmonalstenose bestehen wird, obgleich eine solche allein sich klinisch diagnosticiren lässt. In Anbetracht der grossen Seltenheit uncomplicirter Pulmonalstenosen im späteren Alter und wegen Abwesenheit der Dilatation der rechten Herzhälfte kann mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine Ventrikelcommunication geschlossen werden. Kinder mit reinen Pulmonalstenosen sterben meist bald nach der Geburt.

2) Dr. Treymann berichtet über Exstirpation der Adnexe und des Uterus mit medianer Spaltung des letzteren nach französischer Methode.

Frau XX. 37 a. n. hatte vor 19 Jahren 1 Mal geboren, dann einmal abortirt. Seit 4 Jahren ernstlich krank; seit 5 Monaten starke Blutungen und Schmerzen. Anämie, vergrösserter Uterus; Anteflexio. An der vorderen Wand sitzt ein apfelgrosses Myom. Beide Adnexe geschwellt.

Exstirpatio uteri; bei medianer Spaltung desselben wird das Myom enucleirt; dann das entsprechende Adnex mit jeder Uterushälfte vorgezogen. Das rechte wird total entfernt, links nur die Tube. Blutung gering. Genesung ohne Zwischenfall in 4 Wochen.

3) Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen durch Sectio alta extrahirten Blasenstein. Bemerkenswerth ist, dass die Operation unter Schleich'scher Anästhesie ausgeführt worden ist.

4) Dr. Berg II demonstrirt eine Pat. mit Lichen planus et acuminatus.

5) Dr. P. Hampeln demonstrirt das pathologisch-anatomische Präparat von Bronchio-Oesophagealfistel (cf. Sitzung am 7. Februar 1896).

6) Dr. Helmsing demonstrirt eine Ovarialcyste, die aus einer einkammerigen Cyste besteht, in der eine Dermoidcyste eingelagert ist, das zweite Ovarium hatte die Grösse eines Gän-

seeies; es fanden sich mehrere kleine Cysten neben einer dermoiden.

7) Dr. Demme demonstrirt die Röntgen'sche Photographie eines Unterschenkels mit sichtbarer Kugel.

8) Dr. Vierhuff hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Beitrag über die Beziehungen des Oesophaguscarcinoms zur Aorta». (Im Druck erschienen).

Dr. Hampeln: Bei den nahen Beziehungen zwischen Oesophagus und Aorta und der Gefahr sowohl perforirt zu werden, als auch, wie in den mitgetheilten Fällen in die Aorta hinein zu perforiren, entsteht die Frage nach Unterscheidungszeichen, der auf Carcinom der Speiseröhre einerseits und der auf Compression durch Aortenaneurysma andrerseits beruhenden Stenose. Nach seinen Erfahrungen müsse er der Lehre von der grossen Verwechslungsgefahr beider Zustände widersprechen, da die Aneurysmen, einzelne seltene Fälle ausgenommen (ihm ist nur 1 Fall aus der Literatur bekannt) zu keiner dauernden Verengerung, dem Hauptzeichen des Krebses, führen. Wo diese vorliegt, können wir schon aus diesem Grunde mit fast absoluter Sicherheit ein Aneurysma der Aorta ausschliessen. Diese klinische Erfahrung beruht aber nicht auf Zufall, sondern findet ihre Erklärung in den anatomischen Verhältnissen. Bis zur Bifurcationsstelle der Trachea ist der Oesophagus eben durch die Trachea bestens davor geschützt, zwischen die Wirbelsäule und den Druck eines Aortenaneurysma zu gerathen. Trachea und Bronchien sind die oft in erster Linie allein gefährdeten Organe; der Oesophagus leidet nur ganz ausnahmsweise. Von der Bifurcationsstelle an abwärts aber verlaufen Oesophagus und Aorta neben einander, so dass hier die Speiseröhre einem seitlich auf sie ausgeübten Drucke leicht auszuweichen vermag. Es kommt trotzdem und nicht allzu selten in Folge vorausgegangener Periarteriitis beim Aneurysma zu Verwachsungen des Sackes mit der Speiseröhre, wohl zur Perforation, aber nicht zur Compression des Oesophagus. In allen von ihm beobachteten Fällen von Perforation eines Aneurysma in den Oesophagus waren nur sehr geringfügige oder auch gar keine Schluckbeschwerden vorausgegangen. Seinen Erfahrungen nach spräche daher das Fehlen oesophago-stenotischer Erscheinungen im Zweifelfalle für Aneurysmenruptur in den Oesophagus, ihre Anwesenheit für Arrosion der Aorta durch ein Carcinom.

Dr. Deubner hat einen Fall von Aneurysma Aortae beobachtet, in dem gerade anamnestisch Schluckbeschwerden nachgewiesen werden konnten. Während der Beobachtungszeit bestand gleichfalls das Unvermögen Nahrung aufzunehmen. Die Sonde stiess auf ca. 25 Ctm. auf einen nicht zu überwindenden Widerstand. Es bestand ausserdem Stimmbandlähmung und Stenose des linken Bronchus. Der Tod erfolgte unter Suffocationserscheinungen. Die Section wies ein über Hühnereigrosses Aneurysma der Aorta desc. nach. Am Oesophagus waren ausser stärkerer Injection an der Druckstelle keine Veränderungen bemerkbar.

Dr. Bernsdorff macht auf pulsirende Bewegungen aufmerksam, die man beim Sondiren gelegentlich bemerkt.

9) Dr. v. Krüdener hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Chorioidealsarcome mit Demonstration mikroskop. Präparate».

Die Discussion wird wegen vorgerückter Zeit verschoben. (Der Vortrag erscheint im Druck).

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Vermischtes.

— Dem Leibchirurgen S. Majestät des Kaisers, wirkl. Geheimrath Dr. Hirsch, ist der Kais. österreichische Orden der Eisernen Krone I. Classe und dem Director des Medicinal-Departements, wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin, das Grosskreuz des Kais. österreichischen Franz-Joseph-Ordens verliehen worden.

— Die Kaukasische medicinische Gesellschaft hat das Ehrenmitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités, Geheimrath Dr. J. J. Malinin in Tiflis, einstimmig zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt.

— Im Juli d. J. vollendeten sich 35 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Oberarztes des hiesigen Nikolai-Militärhospitals, wirkl. Staatsraths Dr. Janowitsch-Tschainski, und zugleich 25 Jahre seiner Wirksamkeit am genannten Hospital.

— Am 6. August beging der Leiter des Landschaftshospitals in Nischne-Tagilsk (Gouv. Perm) P. W. Kusnezki, welcher auch in weiteren Kreisen als Chirurg und Gynäkolog bekannt ist, sein 25-jähriges Jubiläum als Arzt der Werchoturje'schen Landschaft. Von der letzeren erhielt er an diesem Tage eine Gratification von 3000 Rbl. und die örtliche Kaufmannschaft hatte zu einer Stiftung auf den Namen des Jubilars ein ebenso grosses Capital gesammelt dessen Zinsen zur Zahlung von Collegiengeldern für arme Studirende der Universität Kasan verwandt ewrden sollen.

— Der bekannte Professor der Hygiene an der Moskauer Universität, Dr. Th. Erisman, giebt, wie verlautet, seine Lehrthätigkeit in Moskau auf und verlässt Russland.

— Der ausserordentliche Professor der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Kurtschinski, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 14. August in Druskeniki (Gouv. Grodno) der hiesige Arzt, Staatsrath Dr. Eugen Spiegel, an einem Krebsleiden. Der Hingeschiedene welcher im Jahre 1870 seine ärztliche Thätigkeit begann, war lange Zeit Arzt an der hiesigen Maximilianheilanstalt sowie am I. Gymnasium und seit 15 Jahren leitender Arzt des Mineralbades Druskeniki. 2) In Kiew der frühere Oberarzt des dortigen Militär-Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Bronislaw Schönfeld, im 64. Lebensjahre. 3) In Falkenstein in einer Heilanstalt der St. Petersburger Arzt Eduard Murray, Ordinator am Obuchowhospital, im Alter von 30 Jahren an Phthisis. 4) In Narva der dortige Arzt Friedrich Kühlewein, 64 Jahre alt. 5) In Gatschino der Geschäftsführer des Medicinalraths, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Woronichin. Der Verstorbene redigirte seit 1886 im Verein mit Prof. von Anrep den bekannten Ricker'schen ärztlichen Kalender. 6) In New-York am 5./17. August ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, Dr. Hermann Guleke, im Alter von 70 Jahren. Aus Livland gebürtig, studirte der Hingeschiedene in Dorpat von 1846—52 Medicin. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1854 wanderte er nach den vereinigten Staaten von Nordamerika aus und liess sich in New-York nieder, wo er an mehreren Hospitälern thätig war und als Arzt wie auch als Mensch allgemeine Achtung und Liebe genoss.

— Die Jenaer medicinische Facultät ernannte den früheren deutschen Reichskanzler Fürsten Bismark zum Doctor medicinae honoris causa. In dem Diplom wird auf die vor 20 Jahren erfolgte Eröffnung des deutschen Reichsgesundheitsamtes Bezug genommen.

— Zum Rector der Münchener Universität für das folgende Lehrjahr ist der Professor der Anatomie Dr. Carl v. Kupffer gewählt worden. Prof. v. K. stammt aus Kurland und hat seine med. Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er auch von 1858—65 als Professor gewirkt hat.

— Nachdem Prof. Dr. Neisser (Breslau) die Berufung an Stelle Prof. G. Lewin's nach Berlin abgelehnt hat, ist nunmehr Professor Lesser aus Bern zum ausserordentlichen Professor der Syphilidologie an der Berliner Universität und Director der Klinik für Syphilitische Krankheiten in der Charité ernannt worden.

— Die Badezeitung von Slawjansk (Сезонный Листокъ Славянскихъ минеральныхъ водъ) ist in den Besitz der Verwaltung dieses Mineralbades übergegangen und wird künftig mit erweitertem Programm unter der Redaction Prof. S. Kostjurin's erscheinen.

— Die Prager medicinische Wochenschrift ist, wie uns von der Verlagshandlung mitgetheilt wird, mit dem 1. Juli 1896 in Carl Bellmann's Verlag in Prag übergegangen. Chefredacteur derselben bleibt nach wie vor der Docent der Prager deutschen Universität, Dr. J. Herrnheiser.

— Prof. Dr. Fritz Strassmann (Berlin) hat an Stelle des verstorbenen Dr. Wernich die Redaction der «Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin» übernommen.

— Die goldene Graefe-Medaille, welche alle 10 Jahre vergeben wird, ist dieses Mal von der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft dem Professor Dr. Theodor Leber (Heidelberg) für seine ausgezeichneten Arbeiten über die Entzündung zuerkannt worden. Der Erste, dem diese Medaille zugesprochen wurde, war Herm. v. Helmholtz, und zwar als Anerkennung für seine Erfindung des Augenspiegels und sein Handbuch der physiologischen Optik.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie N. A. Kruglewski (Chirurg) und M. D. Lawdowski (Histolog und Embryolog) sind nach Ausdienung der gesetzlichen 25 Jahre auf weitere fünf Jahre in ihren bisherigen Stellungen belassen worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. August d. J. 7135 (100 mehr als in d. Vorw.), darunter 882 Typhus — (35 mehr), 775 Syphilis — (6 mehr), 94 Scharlach — (2 wenig.), 100 Diphtherie — (7 mehr), 17 Masern — (3 mehr) und 19 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. August 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
287	228	515	100	31	92	20	3	16	53	51	46	42	36	20	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 28. Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0. Pocken 2. Masern 6, Scharlach 14, Diphtherie 26, Croup 3, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 6, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0. Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 84. Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 6. Lebensschwäche und Atrophia infantum 33. Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 67. Todtgeborene 33

Довв. ценв. Спб. 31 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 7. (19.) September **1896**

Inhalt: L. Kessler: Ueber Vaginofixation. (Zum gegenwärtigen Stand der Frage). — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Anzeigen.

Ueber Vaginofixation.

(Zum gegenwärtigen Stand der Frage.)

Von

L. Kessler.

Nach einem Vortrage in der Dorpater medic. Gesellschaft.

M. H.! Vor circa $1^1/_2$ Jahren stellte ich Ihnen hier eine Patientin mit Vaginofixation vor — bekanntlich derjenigen Operation, welche zum Zweck bleibender Correctur der Retroversio-flexio uteri durch Annähung desselben an die vordere Scheidenwand, in den wenigen Jahren, die seit ihrer Erfindung erst verflossen sind, so erstaunlich viel angewandt, so viel von sich hat reden machen und seit dem vorigen Sommer in eine neue Phase ihrer Geschichte eingetreten ist. Ich besprach damals auch kurz die Methode, nach welcher ich operirt hatte diejenige — Mackenrodt's, welche mir unter den damals üblichen die zweckmässigste zu sein schien. Das Verfahren war im wesentlichen kurz folgendes: medianer Längsschnitt durch die ganze vordere Scheidenwand; Ablösung derselben von Cervix und Blase: Hinaufschieben und Ablösen der Blase von ihrem hinteren periton. Ueberzug (dem vorderen Blatt der Excav. vesico-uterina); darauf einige Nähte durch dieses vordere Blatt, die vordere Wand des Uterus von links nach rechts, und rechterseits durch das vordere Blatt wieder ausgestochen; diese Nähte schnüren die vordere Wand des Uterus fest auf das Periton. der hinteren Blasenwand, resp. die vordere Wand der Excav. vesico-ut. und bringen dadurch das Lumen der letzteren zum Schwinden, zur «Verödung;» die vordere Perit. Lamelle wird dann noch durch ein par Nähte in die Scheidenwunde mit eingeheftet; dann Schluss der übrigen Scheidenwunde.

Das Unterscheidende und Charakteristische dieser Art des Vorgehens gegenüber demjenigen anderer Operateure bestand darin, dass 1) die Antifixirung des Ut. ohne Eröffnung der excavatio ves. ut. ausgeführt, 2) die Annähung des Uterus an das Peritoneum der Blase als das Wesentliche, die Annähung an die Scheide nebensächlich behandelt wird; 3) dass nicht der Fundus ut. fixirt wird, sodern nur die vordere Fläche des Corpus vom inneren Muttermund aufwärts.

Was Punkt 1) anbelangt, so ist das Operiren ohne Eröffnung des Periton. jetzt von allen Operateuren, auch Mackenrodt selbst, aufgegeben worden, seit es laut Bericht Werthheim's im vorigen Jahr in der Schauta'schen Klinik passirt ist, dass dabei eine im vorderen Douglas liegende Darmschlinge, die «bei der Operation nicht zu tasten» gewesen war, angestochen wurde, infolge dessen am 3. Tage p. o. heftige peritoneale Erscheinungen, vom 10. Tage ab Scheidenkothfistel, deren Ausheilung erst nach langem schweren Krankenlager gelang.

Punkt 2 und 3 werden uns weiter unten lebhaft beschäftigen.

Ich habe nach jenem vorgestellten in den folgenden Wochen noch 3 weitere Fälle von mobiler Retroversio in denen die durch diese verursachten hochgradigen Beschwerden durch keines der angewandten Mittel, auch nicht durch sorgfältigste Versuche mit Pessarbehandlung beseitigt werden konnten, ebenso operirt — mit vollkommen befriedigendem, auch bleibendem Erfolg und vollkommener Beseitigung der subjectiven Beschwerden.

Von diesen genau nach den ursprünglichen Angaben Mackenrodt's Operirten war eine bereits klimakterisch, die 2. ledig, die beiden übrigen verheirathete Jüdinnen, von denen die eine seit 5 Jahren steril verheirathet. Diese hat bald darnach concipirt und am normalen Ende der Gravidität auch eine normale Geburt durchgemacht. Dies ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswerth; denn nicht nur bildet neben der in erster Linie von der Patientin ins Auge gefassten (und glücklich erreichten) Beseitigung der in der That hochgradigen anderweitig vergeblich bekämpften Beschwerden, das Eintreten der Conception einen gerade in diesem Falle höchst erwünschten weiteren Erfolg dieser Operation, es ist vielmehr auch der glückliche Ablauf der Geburt noch von besonderem Interesse. Normaler

Geburtsverlauf bei vaginofixirtem Uterus ist nämlich nichts weniger als selbstverständlich; vielmehr haben Belege für das Gegentheil in neuester Zeit i. e. seit ca. 1 Jahr in dem Maasse sich gehäuft, dass dadurch die Vaginofixation bei Manchen geradezu in Misscredit gerathen, bei der Discussion über sie aber jedenfalls dieses Moment eine ganz wesentliche Rolle spielt und sowohl in Bezug auf die Werthschätzung dieser Operation gegenüber anderen den gleichen Zweck verfolgenden, als auch bezüglich der technischen Seite ihrer Ausführung grosse Bedeutung erlangt hat. Diese Verhältnisse der Vaginofixationsfrage sind es, auf welche ich heute Ihre Aufmerksamkeit zu lenken und deren wegen ich diesen Gegenstand noch ein Mal zur Sprache zu bringen mir erlauben wollte.

Der Erste, der einen Fall von Geburtsbehinderung durch vorausgegangene Vaginofixur öffentlich zur Sprache brachte, war Strassmann in der Berl. Gynäk. Gesellschaft am 25. Juni 1895, also vor noch nicht einmal Jahresfrist. (Fall 1.) Es hatte sich eine das Becken ausfüllende, vorn und links von der Portio befindliche Aussackung der schwangeren Gebärmutter gebildet, die Portio stand rechts und seitlich etwas über der linea innominata. Im Becken befand sich der Kopf (offenbar in der angegebenen Aussackung), im Muttermunde die Schulter. Die Geburt begann mit Nabelschnurvorfall; das Kind war bei Uebernahme der Geburt abgestorben. Kolpeuryse von wenig Erfolg; Wendung, Decapitation, Perforation unmöglich; — wegen Eklampsie — (Ureterencompression!) Tetanus uteri, drohender Ruptur des fixirten Segments, nach circa 30 Stunden Laparotomie (Gusserow). In der Bauchhöhle bereits 1 Löffel Blut; Uterus vielfach adhaerent; supravaginale Amputation. Extraperitoneale Stielversorgung. Blutung: Umstechung und Ventrifixation des rechten Parametrium. Tod nach $1^1/_2$ Stunden an Anämie.

Am Uterus bildet den höchsten Punkt das rechte Ovarium; die linke Kante ohne peritonealen Ueberzug war vaginofixirt — Das Scheidengewölbe war eingerissen, aus diesem Riss die Nachblutung; die Blase befindet sich rechts seitlich und hinten von Scheide und Portio.

Für diesen Fall hat in der anschliessenden Discussion zwar Dührssen geltend gemacht, dass nicht die Vaginofixation, sondern die mit dieser gleichzeitig von ihm vorgenommene Enucleation eines in der Nähe der linken Uteruskante sitzenden Corpusmyoms die Schuld an den die Geburt so fatal beeinflussenden pathologischen Verhältnissen gewesen sei, — andere von ihm beobachtete Geburten nach Vaginofixation seien stets auffallend leicht verlaufen.

Aber es folgten bald Veröffentlichungen einer ganzen Reihe von Fällen, in denen die anatomischen Folgezustände der Vaginofixation in Bezug auf den Geburtsverlauf den obigen vollkommen gleichwertig waren:

Fall 2.) Strassmann (Ctrbl. 95. p. 1301): Intraperitoneale Vaginofixur; — 5 Monate später Conception; Blasenbeschwerden, Schmerzen in der Gravidität. — Querlage, Nabelschnurvorfall, Portio oberhalb des Promontoriums, nicht reponirbare fixe Aussackung der vorderen Uteruswand im Becken. Sehr schwere Wendung mit anschliessender Blutung, die nur durch Compressionsverband zu stillen ist. — Spätere Untersuchung: tiefe Cervix — Scheidennarbe; dünne strahlige Narbe in der vorderen Scheide. Ruptur der Fixurstelle, (deswegen eventuell bei späterer Gravidität Abort einzuleiten).

Fast gleichzeitig referirte in der Geburtsh. Gesellsch. in Leipzig Graefe über folgenden 3 Fälle. Vaginofixation von Graefe ausgeführt 6. Mai 94; 7 Monate darnach i. e. 30. November 94. Beginn der 3. Gravidität; im 2. Monat drohender Abort; 4 Wochen nach Ablauf der normalen Graviditätsdauer präsentirt sich Patientin (wesentlich aus Angst, weil die Geburt noch nicht eingetreten) am 1. October; Befund: «Uterus handbreit über dem Nabel, stark in die Breite ausgedehnt, Querlage; Uterus sehr prall gespannt, reagirt auf Palpation durch sofortige Contraction; Wendung durch äussere Handgriffe daher und wegen geringer Beweglichkeit des Kindes unmöglich; «Portio so hoch im Kreuzbein liegend, dass ich sie mit meinen ziemlich langen Fingern kaum erreichen konnte;» — das nach der Scheide wie eine prall gespannte Blase sich vorwölbende untere Uterinsegment bildet mit derselben einen spitzen Winkel. 2. October Morgens: Amaurose und sehr heftige Kopfschmerzen; $^1/_2$ Stunde später heftiger eklamptischer Anfall; ein zweiter kurz nach Ueberführung ins Diaconissenhaus. Cervic. Canal als solcher noch ziemlich vollständig erhalten, knapp für 2 Finger durchgängig; auf schnelle spontane Erweiterung desselben unter den vorliegenden Verhältnissen nicht zu rechnen, ohne eine solche aber die combin. Wendung unter den übrigen für dieselbe äusserst ungünstigen Verhältnissen (Hochstand der Portio, Abweichung des Muttermundes nach hinten, Unbeweglichkeit des Kindes, tetanischer Contractionszustand des Uterus) nicht ausführbar; — daher Ruptur imminent. Blieb nur übrig Sectio caesarea. Bei Ausführung derselben zeigt sich die vordere Wand der hervorgewölbten Gebärmutter so kurz, dass der Uterus-Schnitt hauptsächlich durch den Fundus und die hintere Wand gelegt werden musste. Genesung. Die Amaurose schwand erst am 2. Tag p. op.

4. Fall: Werthheim (aus Schauta's Klinik): Intraperitoneale Vaginofixur; die durch diese Operation erzielte Fixation war in diesem Fall schon vor dem Eintritt der Gravidität als eine abnorm feste zu erkennen. «5 Monat p. op. der Fundus am vorderen Scheidengewölbe wie angenagelt». Diese Fixationsstelle wurde bei fortschreitender Graviditätsvergrösserung des Uterus allmählich immer mehr in die Höhe gezogen, so dass die vordere Scheidenwand die Form eines tiefen, mit der Spitze nach oben gerichteten Trichters annahm. Gleichzeitig stieg die Portio immer höher und mehr nach hinten, so dass sie am Ende der Gravidität über dem Promontorium stand und auch mit 2 Fingern nicht mehr zu erreichen war; Querlage. Die am 12. November 1895 eingetretenen Wehen fördern die Geburt nur wenig, die vordere Scheidenwand nischenförmig hinter der Symphyse emporgezogen und zwar so hoch, dass sich das Ende der Nische kaum erreichen lässt; Portio steht hoch über der Beckeneingangsebene und kann bloss bei Einführung der ganzen Hand erreicht werden. Die vordere Muttermundslippe bleibt starr und dickwulstig, während die hintere bei einer nach 7-stündigen heftigen Wehen erreichten Erweiterung des Muttermundes auf nur 2 Fingerbreit kaum noch als ganz feiner Saum zu fühlen ist und später so völlig verstreicht, dass hintere Scheiden- und hintere Uteruswand ohne Grenzen in einer Flucht in einander übergehen. «Die Ligg. rotunda beiderseits sehr deutlich; sie befinden sich weit unterhalb des Nabels und convergiren gegen die Medianlinie so stark, dass sie in ihrer Verlängerung 3—4 Fingerbreit unterhalb des Nabels in einander übergehen würden. Hier ist also der Fundus uteri».

Kein Fortschritt der Geburt; enorme Zerrung der hinteren Uteruswand, — Geburtsbeschleunigung daher dringend geboten. Desswegen Wendung nach Braxton Hicks in tiefer Narkose und auch dabei noch ausserordentlich schwierig wegen der so äusserst ungünstigen Lage des Muttermundes und der dadurch bedingten

gezwungenen unbequemen Handstellung. — Geburt eines gesunden Kindes nach 3 Stunden.

Eine sofort darnach vorgenommene Austastung des Uterus mit der ganzen Hand und combinirter Untersuchung bestätigt die bereits angegebenen anatomischen Verhältnisse: Die Lage der Ligg. rotunda. Die vordere Uteruswand straff und dick, «die hintere enorm verdünnt; von der hinteren Lippe keine Spur vorhanden, es existirt kein hinteres Scheidengewölbe, Scheide und Uterus gehen ohne Unterbrechung in einander über, Die Verdünnung der hinteren Wand reicht ausserordentlich hoch nach aufwärts, erst eine Handbreit oberhalb des Nabels findet man, dass die Wandung dicker wird; man tastet hier nach Art eines Contractionsringes einen prominenten queren Wall» (Os intern.). Auch nach dem Wochenbett noch trichterförmige Einziehung der vorderen Scheidenwand; Uterus stark antevertirt, unaufrichtbar Fundus am vorderen Scheidengewölbe «wie angenagelt».

Weitere 2 schwere Fälle liefert Dr. Rühl in Eibach-Dillenburg (Ctrbl. für Gyn. 1896, p. 147). Nach 235 von ihm ausgeführten Vaginofixuren, verliefen von den 10 ersten Graviditäten 7 Geburten spontan, 3 mit Wendung «in Folge verzögerter und erschwerter Geburt» die 11. und 12. gestalteten sich viel ungünstiger und erforderten schwere Kunsthülfe; die anatomischen Verhältnisse dieselben wie in dem Fall Strassmann:

5. Fall. Kopf in einem Divertikel der vorderen unteren Uteruswand, Abgang der ligg. rot. 3 Fingerbreit über der Symphyse (!); Os hoch rechts oberhalb der linea innominata, nur mit Mühe zu erreichen, für 4 Finger durchgängig; die vordere Wand desselben spannt sich beim Versuch, die vordere Lippe herabzuziehen, so straff an, dass man einen eisenfesten Ring zu fühlen glaubt. Mit einiger Gewalt wird der Muttermund bis zum Passirenlassen der Hand dilatirt, mühsamst ein Fuss erfasst — aber es erweist sich als unmöglich, das Kind zu wenden. Darauf Perforation — unter den gegebenen Verhältnissen natürlich technisch äusserst schwierig; Entleerung des Gehirns, Anlegung des Kranioklast; aber — «die Extraction des Kindes macht so enorme Schwierigkeiten in Folge des spannenden Gürtels», dass sie sich durchaus nicht anders bewerkstelligen lässt als erst nach Durchschneidung dieses «spannenden Gürtels», — d. h. aber nichts mehr und nichts weniger als: Durchschneidung der durch die Vaginofixation mit einander verwachsenen vorderen Scheiden- und vorderen Uteruswand. — Die Ränder dieses Schnittes wurden jederseits mit einer grösseren Anzahl von starken Catgutsuturen umstochen. Darnach gelingt die Entwickelung des Kindes leicht. Darauf sorgfältige Vereinigung der gemachten Wunde durch quer verlaufende Nähte. — Wochenbett und definitives Resultat für die Mutter durchaus günstig.

6. Fall. Ganz übereinstimmend war der Befund, der Verlauf und das Verfahren bei einer anderen Patientin Rühl's wenige Wochen nach dem soeben ausführlich referirten: vorzeitiger Blasensprung, Nabelschnurvorfall; Wendung unmöglich, das Kind stirbt ab; Längsincision von vorderer Vaginal- und Uteruswand in einer Ausdehnung von 8 Cm.; Forceps.

Die Bemerkung Rühl's: «die Operation ist allerdings nicht gerade für Anfänger geeignet», wird wohl von keiner Seite beanstandet werden; müssen ja doch, wie aus der wiederholt betonten äusserst ungünstigen Lage des Muttermundes hoch oben hinten oberhalb des kleinen Beckens von selbst verständlich ist, die ersten Centimeter der am besten partienweise zu machenden Incision in der vorderen Uterus- und Scheidenwand sowohl wie die Anlegung der Nähte ohne Controlle des Auges nur unter Leitung der in den Uterus eingeführten Hand gemacht werden!

M H.! Die mitgetheilten Fälle zeigen doch wohl zur Genüge, dass in einer ganzen Anzahl von Geburten bei vaginofixirten Frauen ausserordentlich schwere Störungen eingetreten sind, wie sie anderwärtig kaum vorzukommen pflegen; es ist auch unverkennbar eine ausserordentliche Uebereinstimmung in der Art der Hindernisse in sämmtlichen mitgetheilten Fällen; und dies musste um so mehr dazu geneigt machen, die vorausgegangene Vaginofixation auch als wirklich causales Moment jener Störungen anzusprechen, als der Mechanismus dieser Störung sehr leicht reconstruirbar war[1]), nämlich: durch die Vaginofixation wird die ganze vordere Wand der Gebärmutter auf der vorderen Scheidenwand festgelegt; die mit der vorderen Scheidenwand fest verwachsene vordere Gebärmutterwand resp. bei Fixation des Fundus (nach Dührssen) auch der Fundus können also in der Schwangerschaft an der Ausdehnung des übrigen Uterus nicht Theil nehmen, zur Bildung des dem Wachsthum der Frucht entsprechend sich vergrössernden Fruchtsackes nichts beitragen, letzterer muss vielmehr ganz vorzugsweise nur von dem freigebliebenen Theil, i. e. der hinteren Wand des Uterus geliefert werden, die dabei sackartig ausgebaucht wird, so dass die Frucht und das Ei eigentlich nur in ein Divertikel dieser Wand hinein sich entwickeln; daher 1., in Folge der Behinderung der Längenentwickelung des Uterus die jedesmalige Querlage der Frucht; daher ferner begreiflicherweise 2., die enorme Dehnung und Verdünnung der hinteren Wand; daher auch 3., die enorme in die Höheziehung und so rückwärtige Lage des Muttermundes; daher 4., die mangelhaften wenn auch äusserst schmerzhaften, so doch insufficienten Wehen, welche den Muttermund nur wenig zu erweitern, den «spannenden Gürtel» oder «eisernen Ring», wie die Autoren ihn als von der fixirten, an den Schwangerschaftsveränderungen nicht Theil nehmenden, vorderen Wand gebildet schildern, zum Nachgeben, geschweige denn Verstreichen zu bringen durchaus unvermögend sind; — daher der Stillstand, das nicht Vorrücken der Geburt — trotz langer qualvoller und erschöpfender Arbeit der Gebärenden.

Kein Wunder, m. H.! wenn in der Berliner Gynäkol. Gesellschaft, in welcher die Vaginofixation wiederholt den eingehendsten Erörterungen unterzogen worden ist, namentlich von denjenigen Herren, welche stets Gegner geblieben waren — einer derselben rühmte sich dessen, dass er sich niemals dazu habe verleiten lassen, sie auszuführen — jetzt nach dem Bekanntwerden obiger Folge-Erscheinungen diese Operation erst recht verdammt, als überhaupt in keinem Fall zulässig, von anderen gemässigteren wenigstens die Forderung gestellt wurde, dass sie fürderhin nur bei solchen Personen noch in Anwendung gezogen werden sollte, welche nicht mehr schwanger zu werden in der Lage wären, i. e. klimakterischen; wo aber bei noch nicht klimakterischen eine operative Behandlung einer Retroflexio — (gegen diese richtet sich ja die Vaginofixat. in erster Linie) — oder eines Prolapses unvermeidlich wäre, statt der Vaginofixur eine der nach ihrer Ansicht bei vollkommener Unschädlichkeit ebenso wirksamen anderen Antefixationsmethoden, nämlich entweder die Ventrifixation oder die Alexander Adam'sche Verkürzung der ligg. rotunda gewählt werden müsse; so wie endlich — und das ist gewiss eine sehr beachtens- und dankenswerthe Urgirung: dass überhaupt die in letzter Zeit übermässig und unerlaubt häufige operative Behandlung der Retro-

[1]) Daher es auch nahe lag, für diese Geburten eine einheitliche Bezeichnung, etwa wie die v. Wertheim gebrauchte: «Vaginofixationsgeburt» — einzuführen.

viationen des Uterus in hohem Grade wieder einzuschränken sei zu Gunsten der, wenn rationell und mit Verständniss gehandhabt, ausgezeichneten und leistungsfähigen und dabei in keiner Weise gefährdenden Pessarbehandlung.

Es war nicht zu erwarten, dass auf diese Einwendungen hin die bisherigen Hauptvertreter und Vorkämpfer der Vaginofixation diese ohne weiteres würden fallen lassen; nur Mackenrodt, der so lange seine Priorität und Originalität seiner Methode Dührssen gegenüber aufrecht erhalten hatte, hat sie schon vor den letzten eingehenden Erörterungen in der Berliner Gynäk. Gesellschaft aus eigener Initiative auf Grund seiner Erfahrungen bezüglich der Recidive, also wegen ihrer relativen Unzuverlässigkeit einerseits, andererseits der zu befürchtenden Schwangerschafts- (Aborte nicht gar selten) und Geburtsstörungen wegen — zur Ueberraschung[2]) mancher Fachgenossen — verlassen und ihr eine — von verschiedenen Seiten, — ohne eigene Versuche damit, sofort für minderwerthig erklärte, von anderen anerkennend gewürdigte Operation: die Vesicofixation an die Stelle gesetzt. — Dührssen dagegen glaubt die Indicationen zur Vaginofixation in dem ganzen Umfang in welchem er sie bisher geübt, auch weiterhin als zu Recht bestehend aufrecht erhalten zu müssen, indem er

1) den vorgebrachten unglücklich verlaufenen Geburtsfällen gegenüber eine viel grössere Anzahl nach von ihm ausgeführter Vaginofixation durchaus normal und bisweilen sogar auffallend leicht verlaufenen Geburten gegenüberstellen könne. Nach seiner Meinung, sind jene überhaupt nur verschuldet durch fehlerhafte Technik, durch welche eine abnorm feste Fixirung der ganzen vorderen Wand des Uterus zu Wege gebracht werde — abnorm feste, d. h. viel fester als für die Erhaltung der Normallage des Uterus erforderlich und zu fest, als dass die Kraft des in der Schwangerschaft wachsenden und sich ausdehnenden Uterus sie zu dehnen und unschädlich zu machen im Stande sei; wenn man nach den von ihm angegebenen Regeln verfahre und nur den Fundus, ohne ihn oder überhaupt den Uterus sowohl als das Peritoneum der Excavatio vesicouterina zu zerreissen und zu zerfetzen, mit wenigen Suturen nur an das vordere Peritonealblatt der Excavation und nicht in die Scheidenwunde einnähe, so entstehe nur eine sero-seröse Fixation; eine solche rein symperitoneale Verklebung aber sei stets so dehnbar, dass sie die freie Ausdehnung auch der vorderen Wand des Uterus während der Gravidität niemals beeinträchtige, mithin auch keine Schwangerschafts- oder Geburtsstörungen verursache; näht man dagegen die vordere Fläche des Uterus in die bindegewebige Scheidenwunde, wie das von anderen Autoren empfohlen und gemacht werde, so resultirt nothwendiger Weise eine viel festere seroso-fibröse Verwachsung; werde dabei der Uterus mit Kugelzange gefasst und dabei seine vordere Fläche mehr weniger zerfetzt, seines Peritoneums beraubt und dadurch sein Bindegewebe blossgelegt, so entsteht die allerfesteste, absolut unnachgiebige und dadurch für die Geburt perniciöse fibro-fibröse Narbe. Also nur die fehlerhafte Ausführung trägt die Schuld und ist verwerflich, nicht die Operation an sich. — Die beobachteten fatalen Ereignisse sind also vermeidbar. Sollten sie aber doch wieder vorkommen, so sei

2) durch rechtzeitiges richtiges Eingreifen es doch möglich, die Geburt zu einem glücklichen Ende zu führen durch Entbindung auf natürlichem Wege per vaginam nach der von ihm vorgeschlagenen Methode des «vaginalen Kaiserschnitts» (ähnlich etwa wie auch Rühl vorgegangen ist und es früher schon von Veit und Martin vorgeschlagen war). «Es liegt also kein sachlicher Grund vor, die Vaginofixation fallen zu lassen dazu sind ihre Resultate zu gute»[3]), und ist somit auch kein Grund vorhanden:

3) die etwa mit ihr concurrirenden Behandlungsmethoden der Retroflexio auf Kosten oder zu Ungunsten der Vaginofixation zu bevorzugen, da diese auch nicht einwandfrei sind; denn die Alex. Adam'sche Operation z. B. sei viel weniger sicher in ihren Erfolgen als die Vaginofixur und setze noch obendrein die entstellenden Narben und die spätere Eventualität eines Bruches. — Und was die Vortheile der so gerühmten Ringbehandlung betreffe, so könne er auf einen Fall von Geburtsstörung nach Vaginofixation 10 Fälle anführen, wo durch Ringbehandlung schwere Unterleibsentzündungen eingetreten sind; eine solche Frau sei schlimmer dran, als eine Frau, die durch Vaginofixation von ihren Beschwerden befreit wird und höchstens bei einer Geburt in die Lage kommt, operativ entbunden zu werden.

Damit, m. H.! glaube ich Ihnen das Wesentlichste aus dem massenhaften Material, welches in der letzten Zeit über diesen Gegenstand in die Tagesliteratur geliefert worden ist und die dabei geltend gemachten wesentlichen Gesichtspunkte im Excerpt vorgelegt zu haben und beeile mich, da ich Ihre Zeit schon zu lange in Anspruch genommen zu haben fürchte, nur folgendes noch als Resumé und Schlussfolgerung dem Beigebrachten abschliessend hinzuzufügen.

Ueberblicken wir dieses Material, so ergiebt sich aus ihm so wie aus manchem Detail der Verhandlungen, das ich — als zu weit führend — hier nicht mehr habe vorbringen können, dass die Frage zu einem definitiven Abschluss noch nicht gelangt ist, indem, wie Sie gesehen haben, die Gegner der Vaginofixation für die Verwerfung derselben an Boden entschieden gewonnen haben, die eifrigsten Vorkämpfer dagegen ihren Standpunkt und ihre ursprüngliche Stellung zur Frage hartnäckig weiter behaupten, während eine grosse Anzahl — und unter ihnen gerade die besonnensten und autoritativen unter den Fachgenossen eine Mittelstellung einnehmen; und ihnen werden wir uns ja wohl im Wesentlichen und nach der einen oder anderen Richtung auch anschliessen: im Wesentlichen insofern, als wir einerseits die Ungefährlichkeit des operativen Eingriffes der Vaginofixation als solchen so wie ihre ausgezeichnete Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Sicherheit des mechanischen Erfolges, der Correctur der Retrodeviation sowohl als der Beseitigung der durch letztere bedingt gewesenen Beschwerden vollkommen anerkennen, andererseits aber die Beschränkung der Anwendung dieser Operation auf nur diejenigen Fälle, wo sie strictissime indicirt ist, also eine Einschränkung der bisher von einzelnen offenbar viel zu lax und ausgedehnt gestellten Indicationen für dieselbe auf das Nachdrücklichste fordern; — nach der einen oder anderen Richtung wie ich vorhin sagte, insofern, als der Eine von jetzt ab vielleicht mehr einer der Concurrenzoperationen der Vaginalfixationen sich zuwenden wird in Fällen, wo er vor dem Bekanntwerden obiger Geburtsstörungen die Vaginalfixation gemacht haben würde, ein Anderer dagegen auch weiterhin bei dieser bleiben, durch Einhaltung der oben schon zur Sprache gekommenen Cautelen und weitere Verbesserung der Technik die Ge-

[2]) Genauer betrachtet lag darin eigentlich nichts besonders Ueberraschendes; denn im Grunde genommen war ja auch das Mackenrodt'sche Verfahren von Anfang an wesentlich Vesicofixation gewesen in sofern als von ihm die Befestigung an das Peritoneum der hinteren Blasenwand, wie oben bereits erwähnt, als das Wesentliche, für die Erhaltung der Normallage des Uterus entscheidende, die Annähung an die Scheide als das weniger belangreiche ausdrücklich betont worden war. In denjenigen Fällen, in denen Mackenrodt versuchsweise die letztere gänzlich unterlassen und den Ut. nur an das Blasenperitoneum angenäht hatte, hatte sich in der That die Lage des Uterus als bleibend tadellos erwiesen.

[3]) Zeitschrift für Gynäkol. u. Geb. Band 34. p. 160.

fahren, von denen keine der operativen Behandlungen der Retroversio ganz frei ist, zu vermeiden suchen. Es sind nämlich auch nach der Ventrofixation in einigen Fällen dieselben Geburtsstörungen beobachtet worden, wie nach Vaginofixation [4]), und ist es daher um so mehr als ein ganz hervorragender Gewinn der Verhandlungen der Berliner Gynäk. Gesellschaft anzusehen, dass bei diesen Gelegenheiten wiederholt von maassgebenden Mitgliedern derselben aufs Nachdrücklichste betont worden ist, dass eine Retrodeviation als solche durchaus nicht Gegenstand in erster Linie operativer Behandlung sein soll, sondern dass der operative Eingriff erst dann in sein Recht tritt, wenn alle medicamentösen und diätischen sowohl als mechanischen Hülfsmittel, mit Ausdauer und Verständniss angewendet, zur Beseitigung der Beschwerden als nicht ausreichend sich erwiesen haben.

Die Nothwendigkeit dieser ernsten und dringlichen Mahnung leuchtet demjenigen von selbst ein, dem es bekannt ist, dass die Statistiken einzelner Berliner Aerzte mit je mehreren hundert Vaginofixationsfällen rechnen, so dass nach Bockelmann's Bemerkung «in Berlin allein mehr als Tausend vaginofixirte Frauen herumlaufen müssen», und sogar der freipracticirende Arzt Dr. Rühl in Eibach-Dillenburg in den par Jahren seit Einführung dieser Operation es auf 235 Fälle gebracht hat!

Wenn ich, m. H.! endlich vielleicht meine persönliche Stellung zur Frage ganz kurz noch genauer präcisiren soll, so dürfte wohl aus der obigen Darstellung bereits zu entnehmen gewesen sein, dass ich zu denen gehöre, welche bei Retroversio-Flexio, falls eine Behandlung derselben durch Beschwerden, die als bestimmt von der Uterusdeviation in causaler Abhängigkeit sich erweisen, indicirt ist [5]), in erster Linie die sämmtlichen bekannten nichtoperativen Behandlungsweisen versuchen und mit ihnen zum Ziele zu kommen trachten, und erst wenn diese durchaus versagen, zu operativem Vorgehen sich entschliessen. Muss aber operirt werden, so muss ich sagen, dass ich von den zur Zeit concurrirenden Verfahren meinestheils bei mobiler [6]) Retroversio-Flexio doch der Vaginofixation den Vorzug gebe. Bestimmend dafür ist mir folgendes:

1) sind die concurrirenden Eingriffe auch nicht einwandsfrei und lassen sich gegen manche wohl noch schwerer wiegende Bedenken geltend machen als die angeführten Dührssen's [7]);

2) erachte ich sie bezüglich sowohl des primären als auch des Dauererfolges sowie der Beseitigung der Beschwerden für hinreichend sicher; 3) glaube ich, dass bei Verwerthung aller bisher gemachten Erfahrungen und gewonnenen Erkenntnisse auch die Gefahren für etwaige spätere Schwangerschaft und Geburt sich vermeiden lassen: Laroyenne hat auf dem Gynäkol. Congress in Bordeaux 1895 schon darauf aufmerksam gemacht, dass aus dem Braune'schen Gefrierschnitt einer Kreissenden zu ersehen ist dass 1) die Tubenmündung vor der Uterusaxe sich befindet; 2) die Tubenmündung gleich weit entfernt ist vom Fundus uteri und einer durch den Muttermund gelegten Horizontalebene. «Das beweist, dass das Wachsthum des Uterus in der Schwangerschaft hauptsächlich von der hinteren Wand und vom Fundus aus geschieht, und dass bei der Hysteropexie die Befestigungsfäden ausschliesslich an der vorderen Wand sich befinden müssen und nach oben über die Ebene der Tubenmündungen nicht hinausgehen dürfen». Die Richtigkeit jener Beobachtung und die Zulässigkeit der ihr von Laroyenne gegebenen Verallgemeinerung vorausgesetzt, würde also die Einhaltung der von ihm daraus für die Vaginofixation gefolgerten Regel wahrscheinlich, selbst bei ganz fester und unnachgiebiger Fixation, schon genügen, um Gefährdung von Gravidität und Geburt zu vermeiden Noch sicherer muss dies erreicht werden, wenn man in der oberen Hälfte der vorderen Fläche des Uterus die Fixirung nur symperitoneal, seroso-serös macht und nur die untere Hälfte des Corpus durch Einnähen in die Scheidenwunde seroso-fibrös fixirt; durch diesen festeren Halt in der unteren Hälfte dürfte der weniger festen Fixation der oberen Hälfte ihre Aufgabe erleichtert und dem bei ausschliesslicher Anwendung seroso-seröser Vereinigung in der ganzen Ausdehnung der Anheftung eher vielleicht einmal vorkommenden Lockerung der Verbindung und in Folge dessen Wiederzurücksinken des Uterus sicherer vorgebeugt werden. — Dies wäre immerhin ein vermittelnder Vorschlag für diejenigen, welche der Haltbarkeit und Leistungsfähigkeit der seroso-serösen Naht für sich allein misstrauen, oder aber für diejenigen Fälle, in denen man aus irgend welchem Grunde, wegen irgend welcher individuellen Verhältnisse eine Verstärkung der Befestigung des Uterus für zweckmässig hält.

Jedenfalls hoffe ich, dass, sei es in dieser Form, sei es durch anderweitige Verbesserungen der Technik, es noch gelingen wird, den zu Tage getretenen gefährlichen Rückwirkungen der Vaginofixation auf Schwangerschaft und Geburt vorzubeugen, und dass diese als Eingriff ungefährliche und in ihren unmittelbaren Wirkungen so erfolgreiche und «ausserordentlich segensreiche» [8]) Operation — als welche sie schliesslich auch von Manchen ihr von Hause aus nicht sehr günstig gesinnt gewesenen anerkannt worden ist, uns doch erhalten bleiben wird.

---

4) cf. Miländer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. u. Mackenrodt, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. II. 5. p. 356 ff.

5) Es dürfte jetzt wohl kaum mehr von Jemand bestritten werden, dass die Fälle garnicht selten sind, in denen wir die bestehende Retroversio-Flexio nur als eine «Anomalie», aber nicht als eine Krankheit oder Krankheitsursache anzusehen haben (wie es Kreutzmann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. III. treffend ausdrückt; cf. auch die ausführlicheren Abhandlungen darüber von Theilhaber, Monatsschrift II. u. III. und B. S. Schultze, Monatsschr. III. 1. u. 2. Heft). Dass in solchen Fällen, in denen die resp. Frauen auch unter selbst bedeutenden Retroflexionen nicht im geringsten leiden, gar keine Beschwerden und auch keine functionellen Störungen haben (Bouiller, Monatsschr. II. 5), auch keine Indication zu überhaupt irgend welcher Behandlung vorhanden ist, dürfte ebenso unbestreitbar sein.

6) Bei fixirter ist die Ventrofixation am Platz.

7) cf. dazu u. A. P. Müller, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. I. p. 312 ff. Werth, ibid. Band II.

8) cf. Veit, Ztschr. f. Geb. u. Gyn, Band 34, p. 77.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 17. April 1896.

1) Dr. M. Schönfeldt: demonstrirt an einem 55-jährigen Manne den typischen Symptomencomplex der chron. progressiven Bulbärparalyse. Seit dem Herbst 1894 zunehmende Erschwerung des Schlingens, der Sprache. Heute besteht die characteristische, näselnde bulbäre Dysarthrie ganz deutlich, wobei die Stimme heiser, schwach und monoton klingt. Pat. verschluckt sich beim Essen beständig, wodurch es zu häufigem Husten kommt (Dysphagie).

Atrophische Erscheinungen sind zunächst nur an der linken Unterlippenhälfte zu constatiren, diese fühlt sich ganz dünn an. Der Rachenreflex fehlt. Entartungsreaction in den gelähmten Muskeln besteht noch nicht. Der Gesichtsausdruck ist für chron. prog. Bulbärparalyse typisch. Die untere Gesichtshälfte ist starr und sieht weinerlich aus, aus dem beständig halbgeöffneten Munde fliesst continuirlich Speichel; die obere Gesichtshälfte erscheint normal und betheiligt sich prompt an der Mimik. Dass der obere Ast des Facialis so selten bei der Bulbärparalyse an der Lähmung Theil nimmt, beweist, dass gleich wie an der Hirnrinde die beiden unteren Aeste des Facialis (gyrus cent. ant.) getrennt entspringen von dem oberen Aste (gyr. supramarg.) und dieser bei der Hemi-

plegie verschont bleibt. auch im bulbären Kerngebiet, der obere Facialisast einen eigenen Kern besitzen muss, der bei der Paralyse von der Degeneration nicht betroffen wird.

Dr. Ed. Schwarz I.: Er weist auf die Experimente von Mendel hin, aus denen hervorgeht, dass die oberen Aeste des Facialis zum Kern des Oculomotorius gehören.

Bei dem vorgestellten Kranken fehlen einige Symptome, sodass das Krankheitsbild nicht völlig einwandsfrei ist. Er weist auf die Pseudoparalyse hin, die sich dadurch auszeichnet, dass die Atrophie ausbleibt. möglicherweise liegt diese auch hier vor, da die Zunge keine Atrophie zeigt und fibrilläre Zuckungen fehlen. Ferner muss auch auf jene Form hingewiesen werden, die Erb als hysterische Bulbärparalyse bezeichnet hat. Redner hat 5 solcher Fälle gesehen. Er macht auf die, bei diesen auftretenden Gehstörungen aufmerksam, die zusammen mit den cerebralen Störungen auftreten. Allein können die Leute die Beine kaum heben, auf Commando aber gehen sie sehr flott.

Dr. Schönfeldt: Es handelt sich bei meinem Kranken um keine functionelle Erkrankung, da Atrophie der Lippen besteht, es ist eine Paralysis incipiens! Sicher wird auch bald Atrophie der Zunge auftreten.

2) Dr. Schönfeldt stellt ferner eine complete periphere Radialislähmung vor, die durch Druck der Umschlagsstelle vor 2 Wochen entstanden war, als Pat. beim Zeitungslesen den Arm zwischen die Reifen eines Wiener Stuhles gesteckt. Die Geringfügigkeit des Traumas beweist, dass wie in den meisten Fällen sog. traumat. Drucklähmung, die chron. Intoxication, eine Degeneration des Nerven, das ausschlaggebende Moment ist. Auch hier musste schliesslich Potatorium zugegeben werden. Es handelte sich somit um eine toxico-traumatische Lähmung.

3) Dr. Krannhals demonstrirt ein in einer Leiche gefundenes Tannenästchen, welches seinen Sitz in einer Lungencaverne hatte.

4) Dr. von Bergmann referirt die dazu gehörige Krankengeschichte.

E. R. 15 a. n. wurde im Januar 1894 in die chirurgische Abtheilung des Krankenhauses aufgenommen. Sie giebt an, zwei Jahre früher einen Tannenzweig von der Länge eines halben Fingers aspirirt zu haben. 2 Wochen darauf starker Husten, dann Lungenentzündung von 3-wöchentlicher Dauer. Während dieser aspirirte der behandelnde Arzt R. H. U. Eiter. Nachdem sich Pat. von der Lungenentzündung völlig erholt hatte, war sie eben so kräftig und blühend, wie zuvor, nur stellte sich eine übelriechende, eitrige Expectoration ein, die an Menge und Intensität des Gestankes ständig zunahm.

Status praes: Kräftig, gut entwickeltes Mädchen. Stinkende Exspirationsluft. Starke Kolbenfinger. Temp. normal, ebenso die Resp. Puls regelmässig, gleichmässig. Herzdämpfung, Herztöne: normal. Linke Lunge Gesund.

R. H. beginnt zwei Querfinger unterhalb des angul. scapulae eine Dämpfung, die in gleicher Höhe nach vorne läuft. — Pectoralfremitus nicht abgeschwächt. — Athmungsgeräusch bronchial und abgeschwächt; Rhonchi und Rasselgeräusche. Keine Tuberkelbacillen; kein Eiweiss im Harn.

Am 17. Januar 1892 Resection eines 9 Ctm. langen Stückes: aus der 9 Rippe, hinten rechts. Eröffnung der Brusthöhle. Tamponade mit Jodoformgaze, um kräftige Verwachsungen herbeizuführen.

Am 29. Januar. Beide Pleurablätter zeigen ausgedehnte Verklebungen. Die Probepunktion Eiter. Um den Zugang bequemer zu gestalten, wurde noch ein Stück der VIII. Rippe resecirt. Während die Pravaz'sche Nadel in situ bleibt dringt der Paquelin'sche Brenner an dieser entlang in die Tiefe. In 5—6 Ctm. Tiefe eröffnete derselbe einen, mit scheusslich stinkendem Eiter gefüllte Höhle, in die einige kleinere Bronchien mündeten; eine grössere Communication besteht nach oben hin mit einer zweiten Höhle resp. einem erweiterten Bronchus. — Ein Fremdkörper kann nirgends gefühlt werden. Tamp. der Höhle und Drainage mit Gummidrain.

Die Expectoration hatte sich verringert, nur fand durch die Thoraxfistel stark stinkende Secretion statt.

Am 22. März. Da in der letzten Zeit Temperatursteigerungen vorgekommen waren, wird die Thoraxfistel erweitert. Es gelingt mit der eingeführten Kornzange einige Tannennadeln zu extrahiren. Bei abermaligem Eingehen mit der Kornzange wird starker Husten ausgelöst und mit reichlichem blutigem Schleim zusammen wurde ein 1½ Ctm. langes Stückchen eines Tannenzweiges per os ausgeworfen.

Damit schien die Ursache des Leidens beseitigt zu sein; freilich gab die Pat. an, das damals aspirirte Stück schien ihr grösser gewesen zu sein. Die Secretion nahm sehr allmählig ab. 1 Jahr post operat. wurde die Fistel durch eine kleine plastische Operation geschlossen. Nun begann jedoch wieder eine stärkere Expectoration übelriechenden Eiters, sodass Pat., bevor sie mit anderen Menschen zusammentraf sich zuerst gründlich «aushusten» musste. Sie beugte sich zu dem Zweck nach vorn über und entleerte mühelos ca. 1 Tasse voll übelriechenden grünlichen Schleimes.

Am 10. April 1896 liess sich Pat. wieder ins Krankenhaus aufnehmen, um auf operativem Wege von ihrem qualvollen Leiden befreit zu werden. R. H. U. bestand wieder eine Dämpfung, wenn auch in geringerer Ausdehnung, wie das erste Mal. Man hörte bei bronchialem Athmen, Rasseln. Zwischen beiden Axillarlinien war das Athmen amphorisch. Die Probepunktion ergab in der alten Narbe Eiter. Nach Resection ausgiebiger Stücke aus der VIII. und IX. Rippe wurde die alte Höhle mit dem Thermocauter eröffnet. Sie war zum grössten Theil durch Narbenmasse ausgefüllt; in ihrem Centrum barg sie ein ca. Kirschgrosses Eiterdepôt. Mehrere Bronchiallumina, die mit der Sonde entwirrt wurden, erwiesen sich verstopft; nach vorne aussen gelang es durch einen Bronchus in eine ca. Kirschgrosse Caverne zu gelangen, die mit demselben stinkenden Eiter gefüllt war. Weitere Depôts aufzudecken gelang nicht. Gazetamponade der ganzen Höhle. Weiterhin sollte bei jedem Verbandwechsel die Umgebung nach einer Caverne systematisch abgesucht werden, da die gefundene jedenfalls nicht diejenige war, die eine Tasse voll Eiter zu liefern im Stande war.

Pat. erwachte aus der Narcose nicht. Während Puls und Athmung normal blieben, bildete sich ein Coma aus, wie eine Morphiumintoxication oder Urämie oder Hirnrindenläsion solches zu Wege bringt. Morphium hatte Pat. nicht erhalten, die Pupillen waren auch nicht verengt, sondern mittelweit. Der Harn war Eiweissfrei, das Quantum desselben normal gewesen. Es blieb nur noch die Möglichkeit bestehen, dass ein Hirnabscess bestanden hatte, der in die Ventrikel durchgebrochen war; diese Annahme wurde noch gestüzt durch das Auftreten halbseitiger Krämpfe sowie durch den sub finem vitae auftretenden Anstieg der Temperatur.

22 Stunden post operat. erfolgte der Tod. Section (Dr. Krannhals): Hirn normal; das Herz: Morsch, schlaff. Die microscopische Untersuchung desselben (Dr. Schabert) ergab eine fettige Degeneration in derartiger Anordnung, dass auf einen schon älteren Process geschlossen werden musste.

Die Nieren zeigten ausgedehnte Coagulationsnecrose.

6 Ctm. nach innen vom Grunde der Wunde stack ein ca. 1 Ctm. langes Stück eines Tannenzweiges in einer bronchiectatischen Caverne.

Es fragt sich nun ob dieser Todesfall zu den sogenannten Spättodesfällen der Chloroformnarcose gerechnet werden muss oder ob der exitus auf die Veränderungen der inneren Organe in Folge der jahrelangen Eiterung zu beziehen ist, wobei das Chloroform ja zur Beschleunigung der Katastrophe mitgewirkt haben mag.

Klinisch deckten sich die Erscheinungen nicht mit dem gewöhnlichen Bilde des Chloroformtodes. Das Coma, die halbseitigen Krämpfe sub finem vitae lassen an Urämie denken, welcher die Veränderungen an den Nieren zur Grundlage und Ursache gedient haben können, allein es bleibt bei dieser Annahme auch noch des Unerklärlichen viel übrig.

6) Discussion über den Vortrag Dr. von Krüdners «Ueber Choroidalsarcome».

Dr. Mandelstamm I.: Er hat einen hierher gehörigen Tumor in den ersten Anfängen gesehen. Es handelte sich um einen Kaufmann, der bis hierzu gut gesehen hatte. Darauf trat Flimmern auf und es liess sich am äusseren Augenwinkel ein stark pigmentirtes Leistchen nachweisen. Nach einiger Zeit bestand über diesem Ablösung der Netzhaut. Dr. M. stellte die Diagnose auf Neubildung. Prof. Jacobsohn in Königsberg schloss sich derselben an und enucleirte den Bulbus. Es bestand ein stark pigmentirtes Rund- und Spindelzellensarcom. Nach Monaten ging der Pat. an Sarcom der Leber zu Grunde.

7) Dr. E. Mey hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Bronchialdrüsenerkrankungen bei Kindern». (Erscheint gedruckt).

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Vermischtes.

— Das Abzeichen für tadellosen Dienst wurde Allerhöchst verliehen: Für LX Jahre — dem beständigen Mitglied des militär-medicinischen Comités, Geheimrath Dr. Archipow; Für XL Jahre — dem Medicinalinspector des Olonezschen Bergwerk-Bezirks, wirkl. Staatsrath Dr. A. Bergmann.

— Der bekannte Moskauer Kliniker Prof. Sacharjin hat seine Lehrthätigkeit an der Moskauer Universität aufgegeben. Veranlassung dazu sind Conflicte mit seinen Zuhörern gewesen, die in Folge dessen sich hartnäckig weigerten, seine Vorlesungen zu besuchen.

— Die Professoren Sklifassowski (St. Petersburg) und Setschenow (Moskau) sind von der Ssaratowschen Physiko-medicinischen Gesellschaft zu Ehrenmitgliedern gewählt worden.

— Zum Oberarzt des hiesigen von der Kaufmannschaft zum Andenken an Kaiser Alexander II. gegründeten Börsenhospitals ist an Stelle des verst. Dr. P. Werner dessen bisheriger Gehülfe Dr. J. Fomin gewählt worden.

— Der Director der städtischen St. Pantelemon-Heilanstalt für Geisteskranke, (bei der Station Udelnaja) Dr. Nikolai Bashenow, ist von diesem Posten zurückgetreten.

— Zu dem in Clermont-Ferrand stattfindenden Balneologischen Congress ist seitens unseres Ministeriums der Reichsdomänen und des Ackerbaues Dr. Leo Bertenson abdelegirt worden.

— Zum Oberarzt des hiesigen Nikolai-Waiseninstituts ist Dr. Laptschinski, bisher Secretär des Medicinalinspectors für die Anstalten der Kaiserin Maria, ernannt worden.

— Dem Specialarzt für Massage Dr. Zabludowski ist der Professortitel verliehen vorden. Z. war früher russischer Militärarzt liess sich aber, nachdem er 1885 die ärztliche Approbation fürs deutsche Reich erworben, als praktischer Arzt in Berlin nieder, wo er zugleich als externer Assistent an der Bergmann'schen chirurgischen Klinik fungirte.

— Im August fand beim hiesigen Institut für Experimental-Medicin die Eröffnung einer speciellen Abtheilung für allgemeine Pathologie statt, welche unter der unmittelbaren Leitung des Directors des Instituts, Prof. Lukjanow, stehen wird. Die neue Abtheilung ist in einem eigens hierzu errichteten dreistöckigen Gebäude untergebracht und enthält zahlreiche Cabinete und Laboratorien für die Praktikanten, die Bibliothek, ein Special-Laboratorium etc., welche alle elektrisch beleuchtet werden.

Die von dem Kuratorium der barmherzigen Schwestern des «Rothen Kreuzes» eingerichteten Curse zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen für Hospitäler und Privathäuser werden auch in diesem Jahre fortgesetzt. Die Meldungen zum Eintritt müssen bis zum 15. September Montags, Mittwochs und Freitags von 1–3 Uhr im Local der Verwaltung (Inschenernaja Nr. 9) geschehen. Die Curse dauern zwei Jahre; die Zahlung beträgt 10 Rbl. jährlich.

— Verstorben: 1) Im Kreise Wessjegonks (Gouv. Twer) der dortige Landschaftsarzt Leonid Baron Krüdener im 47. Lebensjahre an der Lungenschwindsucht. Der Hingeschiedene hat 17 Jahre in diesem Kreise als Arzt gewirkt und allgemeine Achtung und Liebe sich erworben. Seine Frau ist mit 7 Kindern ganz mittellos zurückgeblieben. 2) In Peterhof der Kreisarzt Alexander Wompe im Alter von 41 Jahren an Morbus Brightii. Der Verstorbene war zugleich Arzt am Staatsgefängniss und dem Ambulatorium des «Rothen Kreuzes» in Peterhof, sowie am deutschen Armenhause in Strelna. Obschon er daneben eine ausgebreitete Privatpraxis hatte, so hat er seine Familie doch ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. 3) In Kiew der frühere Kreisarzt R. Kulischer in hohem Alter. Da der Verstorbene mehrere Sprachen beherrschte, so hat er viele ausländische Werke ins Russische übersetzt. 4) In St. Petersburg der Specialist für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Staatsrath L. Ssilitsch. 5) In München der Professor der Anatomie Dr. N. Rüdinger im 64. Lebensjahre. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind besonders seine Lehrbücher der topographischen Anatomie geschätzt.

— Der bekannte Anatom Prof. Carl Gegenbaur feierte am 21. August n. St. seinen 70. Geburtstag.

— Prof. Forster in Amsterdam ist zum ordentlichen Professor und Director des Instituts für Hygiene und Bakteriologie ernannt worden.

— Der Director des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, Prof. Böhm, ist in den Ruhestand getreten und ist die provisorische Direction dieses Krankenhauses dem Director des Wiedener Krankenhauses, Dr. Mucha übertragen worden.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Sept. 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. September 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Sophie Jordan, В.О., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.
Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau Amalie Schulze, Фонтанка № 137, кв. 119.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Довв. ценз. Спб. 7 Сентября 1896 г. Herausgaber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 14. (26.) September 1896

Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweissbestimmung im Harn.

Von

Dr. Wassiliew.

Laborant am Laboratorium für medicinische Chemie des Herrn Prof. Bogomolow an der Kaiserl. Universität zu Charkow.

(Vorläufige Mittheilung.)

Die wichtige diagnostische Bedeutung der Anwesenheit von Eiweiss im Harn bei verschiedenen Erkrankungen, zugleich mit anderen Symptomen, so wie das häufige Vorhandensein von Eiweiss bei ganz gesunden Menschen, haben schon seit lange als Gegenstand zu Untersuchungen gedient.

Seit der Entdeckung von Eiweiss im Harn durch Dekkers (1726) ist eine ungeheuere Literatur über Albuminurie erschienen, und es werden fortwährend immer neue Reactive und Methoden zur quantitativen und qualitativen Eiweissbestimmung im Harn vorgeschlagen. Die einen, obgleich eine grosse Genauigkeit besitzend, verlieren durch ihre complicirte Ausführung, die anderen geben grobe Fehler, je nach der Anwesenheit verschiedener Bestandtheile des Harns, die von verschiedenen Gründen abhängen kann.

Seit zwei Jahren beschäftige ich mich mit Analysen des Harns, hauptsächlich mit der Eiweissbestimmung und, auf Aufforderung des Herrn Prof. Th. Bogomolow, habe ich mir die Aufgabe gestellt, die klinische Bedeutung verschiedener Methoden, hauptsächlich zur quantitativen Eiweissbestimmung, zu untersuchen.

Als Ausgangspunkt zum Vergleich habe ich die genaueste Methode, das Wägen, gewählt, wobei ich zum Niederschlagen des Eiweisses die vierfache Quantität Alkohol nahm. Ich habe diese Methode gewählt, mich auf die Untersuchungen anderer, so wie auf meine eigenen stützend, und habe sie nur auf folgende Weise etwas geändert: ich habe nicht den Harn nach der Bildung des Niederschlages 24 Stunden lang stehen gelassen, sondern habe nachdem ich zu einer gewissen Quantität von Harn die vierfache Quantität von 95% Alkohol zugegossen das Glas, nach Vorschlag des Herrn Prof. Bogomolow, auf 3 bis 5 Minuten in heisses Wasser gestellt, habe dann durch einen gewogenen Filter filtrirt, den Filter getrocknet, wieder gewogen, die Quantität der Asche berechnet, u. s. w. Das Filtrat wurde mittelst des Reactivs von Spiegler, oder von Tanret, oder Axenfeld (Gold mit Ameisensäure) immer auf Eiweiss untersucht und jedesmal ein negatives Resultat erhalten. Die Quantität von Asche hat nie 1% überstiegen.

Darnach habe ich die Methode der quantitativen Eiweissbestimmung gewählt, die am meisten für klinische Ziele passt und jedem Artzte, ohne viel Zeitaufwand, zugänglich ist. Deshalb habe ich mit der Gewichtsmethode die so verbreitete Methode von Esbach verglichen, so wie diejenige von Tanret, Venturoli, Roberts und Stolnikow; ausserdem habe ich nach Vorschlag des Hr. Prof. Bogomolow die Methode, welche auf der Eigenschaft der Salicylsulfonsäure sich gründet, alle Arten von Eiweiss niederzuschlagen gewählt, desto mehr, da diese Säure sogar Spuren von Eiweiss nachweist, indem sie eine merkliche Trübung bei einer Lösung von 1:50,000 giebt, (Mac Willan Vas.) Diese Methode ist es, die ich mittheilen will; das Resultat der Vergleichung mit anderen Methoden wird bald in einem speciellen Aufsatze veröffentlicht werden.

Bei meinen Untersuchungen bin ich in folgender Weise verfahren: ich nahm eine 25% Lösung von Salicylsulfonsäure und habe damit den Eiweissharn titrirt. Dabei suchte ich den Augenblick zu constatiren, in dem alles Eiweiss sich niedergeschlagen hat.

Ich habe mich also bemüht einen farbigen Indicator für freie Salicylsulfonsäure aufzufinden. Zwischen einer Menge von Anilinfarben, die ich zu diesem Zwecke untersuchte, habe ich das Echt-Gelb gewählt. Eine schwache Lösung dieser stroh-gelben Farbe wird bei der

geringsten Spur (1 : 20,000) von Salicylsulfonsäure ziegelroth.

Nachdem ich eine künstliche Mischung von Pferdeblutserum mit einer gewissen Menge eiweissfreien Harns gemacht, und vorläufig die Quantität von Eiweiss durch Wägen bestimmt hatte, ist es mir möglich geworden, die Quantität des sich durch jeden Cub. cent. Salicylsulfonsäure niederschlagenden Eiweisses zu berechnen. Nämlich: jeder Cub. cent. einer filtrirten 25°/o Lösung von Salicylsulfonsäure giebt einen Niederschlag von 0,01006 grm. Eiweiss.

Bei der quantitativen Eiweissbestimmung wird folgender Weise verfahren:

10 bis 20 Cub. cent. Harn, (wenn derselbe dunkel gefärbt ist, wird er stark mit destillirtem Wasser verdünnt; übrigens ist es besser jeden Harn mit Wasser zu verdünnen) zu denen 2 Tropfen einer 1°/o wässerigen Lösung von Echt-gelb hinzugefügt werden, müssen mit einer 25°/o Lösung von Salicylsulfonsäure, bis zum Erscheinen einer rothen Farbe, welche sich durch Hinzufügen eines neuen Tropfens nicht mehr ändert, titrirt werden. Die Zahl der verwendeten C. c. von Salicylsulfonsäure mit 0,01006 multiplicirt, giebt die Quantität Eiweiss in 10 bis 20 C. c. Harn, die ich auf 1000 berechnet habe.

Ich halte es für nothwendig hier die Quantität des von mir nachgewiesenen Eiweisses durch die Gewichtsmethode nach Niederschlag durch Alkohol, so wie durch Titriren des Eiweisses mit einer Lösung von Salicylsulfonsäure parallel anzuführen:

№	Beschaffenheit des Harns	Gewichtsmethode auf 1000	Titriren mit Salicylsulfonsäure auf 1000	Differenz
1.	Sauere Reaction. Spec. Gewicht 1016. Quantität 1800 Cc.; trübe.	0,66 Grm.	0,70 Gr.	0,004 %
2.	Schwachsauere Reaction. Specifisches Gew. 1021. Quantität 1100 Cc.	1,8 Grm.	1,810 Gr.	0,001 %
3.	Trübe, hochgestellte Orangefarbe.	1.3 Grm.	1,307 Gr.	0,0007 %
4.	Sauere Reaction. Spec. Gew. 1015. Quantität 1520 Cc. etwas trübe.	2,0 Grm.	2,03 Gr.	0,0003 %
5.	Spec. Gew. 1008. Quantität 2400 Cc. hellgelb, sehr trübe.	10,9 Grm.	10,62 Gr.	0,028 %

Wenn wir diese Zahlen vergleichen, so werden wir bemerken, dass der Unterschied zwischen der Eiweissquantität, welche durch die Gewichtsmethode und diejenige welche durch Titriren mit Salicylsulfonsäure gefunden wird, in den Grenzen des chemischen Fehlers liegt, das heisst im Durchschnitt 0,007°/o beträgt. Noch muss bemerkt werden, dass das Titriren am besten in einer schwach-saueren Mitte vor sich geht, aus welchem Grunde alkalischer Harn zuerst mit Essigsäure angesäuert werden muss. Zum Schluss halte ich es für die angenehmste Pflicht meinen besten Dank Herrn Prof. Th. Bogomolow auszusprechen.

Gangraena pedis.

Von

Dr. P. Kelterborn. Libau.

Obgleich das Auftreten von Gangraen ein nicht allzu seltenes Krankheitsbild ist, so ist eine vollständige Einigung über den Modus des chirurgischen Eingriffs noch nicht erzielt. Mit Rücksicht darauf erfolgt die Bekanntgabe der folgenden Beobachtung:

Patient, 45 a. n. früher starker Potator, klagt über Schmerzen in der zweiten Zehe. Bei der Untersuchung erweist sich unter dem gelockerten Nagel ein rundes Geschwür. Der Puls in der Art. dorsalis pedis nicht zu fühlen. Allgemeine Arteriosclerose. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Herz- und Lungenbefund normal. In der Nacht treten starke Schmerzen auf, die in der zweiten Zehe anfangen und über den ganzen Fuss ausstrahlen. Diese Schmerzen werden nur zum Theil durch grosse Morphiumgaben gelindert und treten auch in den nächsten Tagen oft mit noch grösserer Heftigkeit auf. Zugleich beginnt die zweite Zehe sich zu verändern und schwarz zu werden. Nach einigen Tagen auch die vierte Zehe. Die starken Schmerzen bestehen fort. Nach 10 Tagen demarkirt sich der Brand, doch findet sich zwischen gesundem und todtem stets bräunliche Materie. Es treten starke Schmerzen in der grossen Zehe auf; an der Innenseite des Ballens der grossen Zehe eine hyperaesthetische Zone. Patient leidet furchtbar unter den Schmerzen und bittet dringend um die Amputation, um nur von seinen Schmerzen befreit zu sein. In den nächsten Tagen Operation unter der gütigen Assistenz zweier Collegen.

Narcose ohne Constriction. Amputation nach Lisfranc. Die art. dorsalis pedis klafft, ebenso der laterale Zweig. Blutung sehr gering. Aus den Arterien spritzt das Blut nicht im Strahl, sondern fliesst träge. Zur Sicherheit Bildung eines kleinen dorsalen Lappens. Die Temperatur während des ganzen Wundverlaufs war eine normale. Nur dauerte die völlige Verwachsung beider Lappen fast zwei Monate, ungeachtet dessen, dass keinerlei Eiterung aufgetreten war. Die Schmerzen bestanden fort, doch wurden sie von Tag zu Tag schwächer, so dass 10 Tage nach der Operation das Morphium weggelassen werden konnte.

Wenn wir die Resultate und die daraufgefassten Ansichten der einzelnen Operateure betrachten, so finden wir zwei einander ganz entgegengesetzte Meinungen vertreten. Heidenhain, Wiedenmann, Zoege von Manteuffel haben sich eingehend mit diesem Studium beschäftigt und ihre Fälle makroskopisch und mikroskopisch verarbeitet. Sie stehen auf dem Standpunkt über dem Knie zu amputiren, denn unter dem Knie soll nach Heidenhain Lappengangraen auftreten.

M. Landow bespricht in seiner Arbeit die Operationen Königs. König hat sehr traurige Resultate mit der hohen Amputation erzielt. In vier Fällen ist jedesmal der Tod eingetreten, während er beim schonenden Verfahren zum Theil recht gute Resultate aufzuweisen hat. Ebenso Ochsner, der in dem einen Fall bei hoher Amputation einen Todesfall zu verzeichnen gehabt hat, während er beim schonenden Operationsmodus Heilung erzielte.

v. Zoege-Manteuffel. Ueber Arteriosclerose und Rheumatismus an den unteren Extremitäten.

v. Zoege-Manteuffel. Ueber den Rheumatismus in den unteren Extremitäten und seine Beziehung zur Arteriosclerose.

M. Landow. Zur operativen Behandlung der senilen und diabetischen Gangraen der unteren Extremitäten.

H. Gotard. Drei Fälle von Gangraen der Extremitäten bei jungen Leuten.

Heidenhain. Ueber die Behandlung der senilen Gangraen insbesondere bei Diabetikern.

Wiedenmann. Zur Entstehung und Behandlung der Gangraen der Extremitäten.

Ochsner. The treatment of gangrene due to diabetes.

Referate.

G Köster: Ueber puerperale Neuritis. (Münchener med. Wochenschrift № 28).

Eine gesunde 25-jährige Frau erkrankte 14 Tage nach einer normalen Entbindung und ohne vorausgegangenes Fieber mit Schmerzen und Schwäche im linken Arm, welche sie veranlasste ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Bei der Untersuchung fanden sich Abmagerung des linken Oberarmes, Unfähigkeit den Arm kräftig zu heben oder zu beugen, Druckempfindlichkeit im N. radialis und musculocutaneus, eine hypästhetische Zone im Bereich des N. cutaneus lateralis und Hyper-

ästhesie über der Hautverzweigung des N. axillaris. Dazu Entartungsreaction im M. deltoides und biceps. Die übrigen Muskeln, besonders der Brachialis internus, reagirten normal. Trotz fortgesetzter Anodenbehandlung hielten die Schmerzen und Druckempfindlichkeit etwa 7 Wochen an, wobei der Arm langsam aber beständig an Umfang und Kraft abnahm. Die Entartung obengenannter Muskeln blieb bestehen und ihre Erregbarkeit wurde von Woche zu Woche geringer. Gleichzeitig nahmen die hypästhetischen Hautbezirke langsam zu. In der zwölften Woche vom Beginn der Krankheit an, wurde die Abmagerung des M. brachialis internus sichtbar, doch erst 3 Monate später wurde die Reaction des Muskels undeutlich und träge und trotzdem zu der bisherigen Behandlung nach Entwöhnung des Kindes noch 4 Wochen lang Strychnineinspritzungen traten, wurde keine Zunahme der Kraft erzielt. Der linke Oberarm wurde äusserst dünn, die Gebrauchsfähigkeit liess mehr und mehr nach und der Deltoides, Biceps und Brachialis internus waren schliesslich nach 8 Monate langem Bestande der Krankheit durch die stärksten galvanischen Ströme fast nicht mehr zu erregen, also so gut wie todt. In diesem Zustande wurde die Kranke entlassen. — Was nun die Aetiologie der puerperalen Neuritis anbetrifft, so kann sich Autor dem Eindruck nicht entziehen, dass es sich um eine Giftwirkung handelt, dass aber verschiedene, zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenen Wegen dem Körper einverleibte Gifte die puerperale Neuritis hervorzurufen vermögen. Die Deutung der Fälle, wo während der Entbindung oder im Wochenbett Fieber bestand und die Nervenentzündung nachfolgte, ist am leichtesten, weil man die Eitererreger des Wochenbettes kennt. Wo die Neuritis nach der Entbindung ohne vorhergehendes Fieber, wie im obigen Falle, eintrat, muss man im Wochenbett bei der Rückbildung der Genitalien entstehende Toxine als die Ursache der Neuritis ansehen. Die Prognose ist nicht immer so schlecht, wie es nach dem Verlauf des mitgetheilten Falles scheinen könnte, obgleich die Heilung oder Besserung oft lange auf sich warten lässt. Die Behandlung ist dieselbe wie bei jeder anderen Form der Neuritis.

Weyert.

F. Kuhn: Die Sondirung des Pylorus am lebenden Menschen vom Munde aus. (Münchener med. Wochenschrift № 29).

Autor hat in der Erkenntniss, dass in den beweglichen Metallröhren, wie sie durch die verschiedensten Arten von Constructionen nach dem Spiralprincip zu Stande kommen, allein das Werkzeug für die Darmsondirung und andere diagnostische oder therapeutische Manipulationen im Magendarmkanal zu finden ist, seit vorigem Jahre alle erdenklichen Constructionen versucht, aus den verschiedensten Metallen, in wechselnden Dicken und Weiten, mit drehrunden oder sich übergreifenden Windungen etc. und verwendete diese Röhren zur Sondirung des Magendarmkanals auf bis jetzt unerreichte Strecken vom Munde oder After her. Zunächst erörtert Autor nur die Einführung des Rohres vom Munde aus. Man nimmt dazu ein ca. 2 Meter langes Stahlspiralrohr von bestimmtem Umfange, bestimmter Drahtstärke und bestimmter Starrheit. Ueber diese Metallspirale zieht man einen mehr oder weniger dicken Gummiüberzug, dessen dem Darm zugekehrtes Ende glatt abgerundet ist und zu diagnostischen Zwecken gefenstert sein kann. Zwecks Reinigung der Sonde werden das für Ueberzüge verschiedener Form verwendbare Spiralrohr und der abnehmbare Gummischlauch ausgekocht. Die Einführung der Sonde ist leichter als die der gewöhnlichen Magensonde. Ist die Sondenspitze ungefähr im Magen angelangt, dann beginnt man die specifische Eigenthümlichkeit der Spiraleinlage zur Anwendung zu bringen, indem man das Rohr im ganzen Verlauf während der weiteren Einführung in Rotation versetzt. Während dieser rotirenden Bewegungen sucht sich der bei dem Gleiten an der Magenwand mühelos vorzuschiebende Sondenknopf seinen Weg und zwar in einer Richtung, die ihm von seiner Umhüllung automatisch bestimmt wird. Gleichzeitig wird man beim Vordringen durch den Hohlraum des Magens die Sonde bei fortgesetzter Rotation leicht hin und her ziehen, um dem Kopf das Ausweichen und Beiseiteschieben von Hindernissen zu erleichtern und ihn so das Darmlumen noch besser finden zu lassen. So kommt die Sondenspitze mit Nothwendigkeit längs der grossen Curvatur bis zum Pylorus und dringt mit Sicherheit, wie es des Autors Versuche beweisen, weit über den Pylorus in den Dünndarm hinein. Dadurch wird ermöglicht, die grosse Curvatur des Magens genau zu bestimmen, was übrigens Boas mit einer von ihm angegebenen Sonde unlängst gleichfalls gelungen ist. Ferner wird es möglich sein, die Messung der Weite des Pylorus auszuführen und hat Autor dafür bereits besondere Apparate sich vorgesehen. Schliesslich bleibt die Sondirung des oberen Dünndarmabschnittes auf noch unbekannte Strecken zu erwähnen und die daran sich anschliessende therapeutische Einwirkung auf diese Theile mit Uebergehung des Magens.

Weyert.

Dr. Emil Schütz: Ueber die Bedeutung der äusseren Hernien in der Aetiologie gastrointestinaler Störungen. (Wien. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 27.)

Sich stützend auf ein grosses Beobachtungsmaterial, in welchem Schütz oft Gelegenheit hatte den Zusammenhang und die Beziehungen zwischen Hernien und gastrointestinalen Störungen zu constatiren, sah Verf. eine Veranlassung darin diese Mittheilung zu machen. Durch dieselbe möchte er es jedem practischen Arzte warm ans Herz legen in allen Fällen einer gastrointestinalen Erkrankung, über deren Wesen man sich nicht vollständig im Klaren ist, neben der üblichen Untersuchung des Patienten eine sorgfältige Palpation des ganzen Abdomens vorzunehmen, die typischen Bruchpforten genau auf ihr Verhalten zu prüfen. Man bekommt durch solch' eine Untersuchung erst oft die wahre Ursache des Uebels zur Kenntniss, und die nun eingeschlagene Causaltherapie bleibt nicht ohne Erfolg, während die Patienten bisweilen schon lange Zeit fruchtlos sich verschiedenen Curen und Behandlungsmethoden unterziehen mussten. Diesem Umstande ist nach Ansicht Verfassers bisher nicht genügende Aufmerksamkeit geschenkt worden.

Die häufigsten Hernien sind bekanntlich die Leistenbrüche, die entweder jahrelang dem Träger derselben keine besonderen Beschwerden machen, oder dem Patienten ähnliche Erscheinungen verursachen, wie auch Dyspepsien, nervöse Magenleiden und desgleichen. Solches sind: dumpfe, nicht genau localisirte Schmerzen, Appetitlosigkeit, Stuhlträgheit, Flatulenz, Aufstossen, Brechneigung. Nur das Heftigerwerden der Schmerzen nach längerem Herumgehen möchte Schütz als ein häufigeres Symptom anführen. Von den zahlreichen diesbezüglichen Krankheitsfällen eigener Beobachtung führt Verf. zwei Krankengeschichten genauer an.

Alsdann folgt eine ausführlichere Besprechung der Hernien der linea alba, welche Verf. bei 1200 Kranken in 19 Fällen, also 1,6% vorgefunden hat. Diese 19 Krankengeschichten werden in Kürze wiedergegeben. Zusammen mit den übrigen von anderen Autoren bisher beobachteten und publicirten Fällen von Hernia lineae albae sind es nun 100 Fälle. Die Betrachtungen, die Schütz auf Grund all' dieser Krankenbeobachtungen anstellt, beziehen sich auf die Aetiologie (meistens Trauma), den Sitz, Grösse, Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieser Art von Hernien. Bezüglich der Therapie derselben wird in letzter Zeit von den Chirurgen die Radicaloperation als das einzig richtige Verfahren bezeichnet. Unter den 100 Fällen der Beobachtungsreihe sind 48 operirt worden, 36 Mal trat volle Heilung des Leidens ein.

Zum Schluss will Schütz dringend gerathen haben, nicht in den entgegengesetzten Fehler zu verfallen und jedesmal bei gleichzeitigem Vorkommen von Hernien und Verdauungsstörungen einen solchen Zusammenhang mit Bestimmtheit anzunehmen. Dadurch könnte man Gefahr laufen eine andere Erkrankung des Intestinaltractus zu übersehen oder ihre Bedeutung im vorliegenden Falle zu unterschätzen.

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Katzenstein. Ueber secundäre Veränderungen der Organe bei Rachendiphtherie. München. Verlag J. Lehmann 1895.

Die Diphtherie, local als ein entzündlich necrotischer Process aufgefasst, setzt secundär im Organismus eine Reihe von pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche Verf. an der Hand von zehn Fällen festzustellen Gelegenheit hatte. Die lebenswichtigen Organe wurden einer genauen microscopischen Untersuchung unterzogen, das microscopische Bild ist in mehreren colorirten Tafeln getreu wiedergegeben. Eine sehr häufige Erscheinung ist das Auftreten von multiplen lobulären broncho-pneumonischen Herden in den Lungen, unter dem Microscop sieht man Ansammlung von Leucocyten und Blutkörperchen in den Alveolen und deren Septis, fibrinöse Exsudation, Schwund der Epithelien in den Alveolen. Am Herzen, der Leber und den Nieren fanden sich die einer Allgemeinintoxication entsprechenden Veränderungen, wie trübe Schwellung und Degeneration aller Art. Des öfteren fand sich Alteration der Gefässwandungen.

Lingen.

G. Wohte. Therapeutischer Wegweiser für Aerzte und Studirende. Leipzig, 1896. Verlag von J. A. Barth.

Ein hübsch und zweckmässig zusammengestelltes Büchlein, das bei der knappen Raumbemessung von 250 Seiten eine schnelle Orientirung über Wirkung, Dosengrösse und Indika-

tionen der Arzneimittel gewährt und manche werthvolle therapeutischen Notizen aus der Tageslitteratur enthält.

K.

A. Pollatschek. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1894. Ein Jahrbuch für practische Aerzte. VI. Jahrgang. Wiesbaden bei J. F. Bergmann

Wir haben in den letzten Jahrgängen unserer Wochenschrift zu wiederholten Malen Gelegenheit genommen auf das Pollatschek'sche Jahrbuch näher einzugehen und können uns daher begnügen, unsere verehrten Leser auf das pünktliche Erscheinen des sechsten Bandes desselben aufmerksam zu machen.

K.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 17. Mai 1895.

Herr Kessler: Die bereits früher schon einmal vom Vortr. hier erörterte grosse praktische Wichtigkeit der Myome veranlasst ihn zu einer abermaligen Demonstrat. und Besprechung von Myompräparaten und Operationen. Für die damals gleichfalls erwähnte hohe Frequenz dieser Geschwulstform könnte man eine Bestätigung in dem Umstand finden, dass Vortr. in den letzten 5 Wochen 6 Mal genöthigt gewesen ist, grössere Myomoperationen vorzunehmen. Dabei ist es auffallend gewesen, dass während dieser kleinen Serie von Myomoperationen nicht ein einziger Ovarientumor zur Beobachtung gekommen ist, so dass man, sofern man darin nicht ein Spiel blossen «Zufalls» sehen will, dadurch veranlasst werden könnte zu glauben, dass hier zu Lande die Myome häufiger sind als Ovarientumoren, oder wenigstens das relative Frequenzverhältniss zwischen beiden hier mehr zu Gunsten der Myome verschoben ist, im Vergleich mit demjenigen in anderen Ländern — ein Eindruck, welchem, nach Mittheilung eines seiner bei der letzten der zu besprechenden Operationen anwesenden früheren Assistenten auch Prof. Küstner während seiner hiesigen Thätigkeit in der Klinik einmal Ausdruck gegeben hat; worin dies — falls es sich weiterhin als wirklich so bestehend bestätigen sollte — seinen Grund hat, wäre eine interessante Frage.

Besonderes Interesse in der einen oder anderen Beziehung bieten folgende Fälle:

1) L. T. 33. a. n. 12 Jahre steril verheirathet. Vor 3 Jahren sind die, bis dahin normalen, Menses profuser geworden, seit 2 Jahren ununterbrochene Blutungen. Ein Tumor ist von der Patientin auch bis in die letzte Zeit nicht bemerkt, sondern erst von dem der Blutungen wegen vor wenigen Wochen consultirten Kirchspielsarzt constatirt worden. Patientin ist absolut bleich, hochgradig ausgeblutet. Leichte (hydrämische) Oedeme. Temperatur schwankt zwischen 36,8—38,2.

Durch die Bauchdecken ein höckriger Tumor zu fühlen; in der Vagina ein, in dieselbe geborenes Kindskopfgrosses Myom. In Narkose lässt sich feststellen, dass der von aussen gefühlte Tumor die obere Hälfte dieses Myoms ist und der auf demselben gefühlte Höcker durch den partiell invertirten Uterus gebildet wird. Introitus ziemlich eng. Muttermund ohne Narkose garnicht, in Narkose nur mühsam als fast ganz über den Tumor zurückgezogen fühlbar. Aus der Scheide blutig-schleimige, zum Theil Schleimhaut ähnliche Gewebsfetzen enthaltende continuirliche Abgänge, die bei der Untersuchung reichlich blutig werden.

Operation 10. Mai 1895. Aethernarkose, nachdem Alles, für eine eventuell erforderlich werdende Laparotomie hergerichtet war.

Der Tumor wird mit der geburtshilflichen Kopfzange gefasst und sehr langsam entwickelt, wobei trotz aller darauf verwendeten Vorsicht, ein kleiner Scheiden-Dammriss sich nicht vermeiden lässt. Um den circa 2 Finger dicken Stiel wird eine elastische Ligatur möglichst dicht am Tumor festgeschnürt, dicht oberhalb derselben ein starker Seidenfaden doppelt hindurchgeführt und gekreuzt ligirt. 2 Finger breit unterhalb der elastischen Ligatur circuläre Durchschneidung der Kapsel, stumpfe Ausschälung des Tumors, Zustutzung des Kapselrestes, Vernähung der Schnittflächen mit einigen Catgutsuturen. Lösung der elastischen Ligatur, Zurückschlüpfenlassen des Stumpfes. Durch die für 2 Finger bequem durchgängigen Orificien fühlt man in der bedeutend erweiterten Uterushöhle an der hinteren Wand links oben vollständig im Niveau der Schleimhaut die Suturen des vollkommen in die Uteruswand retrahirten Stumpfes. — Aus Tumor und Stumpf ist nicht ein Tropfen Blut verloren gegangen. Reichliche Carbolspülung und Jodoformgazetamponade des Uterus; Dammnaht.

Die vom Vortr. bei der Abtragung des Tumors in diesem Fall angewandten Maassnahmen könnten vielleicht als unnütz weitläufig, zeitraubend und als unnöthige Aengstlichkeit erscheinen gegenüber der von Anderen auch heute noch geübten einfachen Durchschneidung des Stiels, ohne Präventivligatur, Unterbindung und Naht. Vortr. wird aber auch weiterhin für ähnliche Fälle bei der ersteren Methode bleiben, wegen folgender 2 schwerwiegender Vortheile, die sie der letzteren gegenüber bietet, indem sie

1) gegen Blutverluste während der Operation absolut sichert;

2) eine Verletzung des Uterus, resp. des Inversionstrichters mag derselbe schon vor der Operation erkannt oder aber nicht erkannt worden sein — bei Anwendung derselben vollkommen ausgeschlossen ist.

Ueber die unglücklichen Ausgänge: schwere Bedrohung des Lebens sowie auch Todesfälle, welche durch letzteres unglückliche Ereigniss in einer ganzen Reihe von Fällen herbeigeführt worden sind und wie dieses auch in neuster Zeit noch hervorragenden Gynäkologen wiederfahren ist, hat Vortr. vor 2 Jahren in dieser Gesellschaft zu sprechen Gelegenheit gehabt (Cf. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1894, Nr. 38).

Vortragender würde im Wiederholungsfall dieser Operation die bleibende (gekreuzte) Seidenligatur durch und um den Stiel nicht oberhalb, sondern unterhalb der elastischen, Tumorwärts von dieser anlegen, da sie sonst, auch wenn man die elastische Ligatur, wie es auch in diesem Fall mit Vorbedacht geschehen war, am Stiel, möglichst auf den Tumor hinabdrückt, doch leicht, wie unser Fall lehrt, in die Spitze des Inversionstrichters, i. e. in die Uterussubstanz statt in den Stiel zu liegen kommt.

Ausserdem dürfte es sich empfehlen, nach der Abtragung so grosser, schon seit einiger Zeit in der Vagina gelegen habender Myome ein leichtes Curettement der Uterusinnenfläche, mit nachfolgender Jodaustupfung oder — einspritzung vorzunehmen behufs Beförderung der Rückbildung des Uterus und Beschleunigung der Retraction auch der Orificien: bei der Entlassung war in diesem Fall sowohl der äussere als der innere Muttermund noch für einen Finger durchgängig: und in einem anderen, vor mehreren Jahren operirten ähnlichen Fall von gleichfalls Kindskopfgrossem in die Vagina geborenen Myom konnte der gleiche Befund noch nach einem Jahr erhoben werden; erst bei einer weiteren, 2 Jahre nach der Operation ermöglichten Untersuchung wurde der äussere Muttermund von normaler Beschaffenheit gefunden. Im vorliegenden Fall ging, obgleich der locale Verlauf normal und auch die Temperaturen nach der Operation sofort zur Norm zurückgekehrt waren, die Erholung nur langsam vorwärts und die Anämie nur langsam zurück. Ein Versuch durch Schwitzen lassen (mit dem von Dehio — Petersburger Med. Woch. 1895, pag. 373 angegebenen Apparat) dieselbe zu beeinflussen, war bei weitem nicht von demselben auffallend günstigen Erfolg, wie Vortr. ihn bei Chlorose ausnahmslos und auch bei secundären Anämien gelegentlich gesehen hat.

2) Ein Myomatöser Uterus von Kindskopfgrösse (Kaddri Paun, Estin, 49 J.; äusserst profuse Blutungen seit Jahren, zuletzt bis zu Ohnmacht führend); Operirt den 15. Februar 1895.

3) Uterus mit Myom von Kindskopfgrösse mit überwiegendem Querdurchmesser (Frau R. Kr. Currettement mit Jodnachbehandlung 1893; Unterbindung der Arteriae uterinae den 5. Januar 1894 vollkommen wirkungslos). Totalexstirpation den 22. April 1895 wegen der durch die erschöpfenden Blutungen (wässrig schleimiger Ausfluss in der Zwischenzeit) etc. herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit.

4) Uterus mit multiplen Myomen in und ausserhalb desselben und einer faustgrossen Blutcyste an letzteren (Fräul. E. B. 36 J.). Operirt den 24. April 1895.

5) Ein 6 Monate I. gravider multipel-myomatöser Uterus (Marri Berk, 39 J.). Op. 1. Mai 95 wegen hochgradiger Behinderung der Nahrungsaufnahme und dadurch Abmagerung und Verfall der Kräfte.

Fall 2—5 sämmtlich abdominale Totalexstirpationen, über welche ausführlicher demnächst in einer zusammenfassenden Behandlung ähnlicher Fälle berichtet wird.

6) Myom von über Mannskopfgrösse. Patientin (40 jähr. Opara.) hatte den Tumor schon vor 1 paar Jahren bemerkt (angeblich durch Erkältung während einer Menstr. sei der Leib geschwollen und darnach gross geblieben); in der letzten Zeit war derselbe merklich grösser geworden und hatte sich Vertaubung der Hände und der rechten Seite eingestellt und häufigerer Urindrang so wie Schwindel jedesmal beim sich Hinlegen. Die zunehmende Erschwerung körperlicher Bewegung, namentlich anhaltenderen Gehens, hatte sie genöthigt, ihren Dienst als Bonne zu quittiren und Befreiung von ihrem

Leiden zu suchen. Befund: Tumor bis 3—4 Finger breit über dem Nabel, anscheinend solitär, prall-elastisch; Uterus retrovert., nach links verdrängt; Uebergang desselben in den Tumor weder nachzuweisen, noch sicher auszuschliessen, wie denn überhaupt jede genauere Bestimmung durch den kolossalen Fettgehalt der Bauchdecken unmöglich gemacht wurde. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: rechtsseitig intraligamentär entwickeltes Myom. Operation am 4. Mai 95 ausserordentlich mühsam: nach dem Bauchschnitt erweist sich der Tumor unter der vorderen Bauchwand in grosser Ausdehnung verwachsen, ebenso mit dem Netz; in den Adhäsionen viele Gefässe von sehr beträchtlicher Dicke, zum Theil varicös. Diese Adhäsionen müssen in zahlreichen Portionen doppelt unterbunden werden, um den obersten Theil des Tumors und die obere Hälfte seiner hinteren Fläche frei zu machen; weiter abwärts links hinten lockere Verwachsungen mit dem Darm, die sich stumpf trennen lassen. Jetzt erst lässt der Tumor sich hervorwälzen und zeigt es sich, dass an seiner linken Seite eine Tube von hintenher in seinen peritonealen Ueberzug sich verläuft; ihr nahe anhängend ein etwas vergrössertes Ovarium. Die genauere Untersuchung ergiebt, dass dies die rechte Tube und das rechte Ovarium sind und dieses rechte Ovar. unmittelbar (ca. 1 cm. höher) über dem an seiner normalen Stelle liegenden linken Ovarium gelagert ist. Die linke Tube ist frei und lässt sich bis zu ihrem Eintritt in den linken Fundalwinkel des retrovertirten und nach links verlagerten Uterus hin tasten. Der Tumor hat also bei seinem Wachsthum eine Axendrehung um ca. 130° gemacht. Wo hatte man sich jetzt den rechten Ureter zu denken?

Ein Versuch, nach Spaltung des periton. Ueberzuges den Tumor aus dem Ligament auszulösen, scheitert an der Brüchigkeit dieses Ueberzuges, der in kleinen Fetzen ausbricht. Punction einer fluctuirend sich anfühlenden Stelle verkleinert den Tumor nur sehr wenig. Darauf Abbindung des äusserst straff gespannten Peritoneum an seiner Uebergangsstelle vom Tumor auf die seitliche Beckenwand in der Höhe des Beckeneingangs rechts, — sehr schwierig wegen der ausserordentlich straffen Spannung des Peritoneum und des grossen Gefässreichthums der unterhalb desselben liegenden Schicht. Schliesslich gelingt es unter beständigen Unterbindungen und provisorischer Anlegung von Klemmen auch den unteren Theil des Tumors aus seinen Verbindungen mit dem Beckenboden auszulösen. Mit dem Uterus besteht kein wesentlicher Zusammenhang: Uterus und linke Adnexe verbleiben in Situ. — Drainage des Douglas durch einen von diesem aus durch die Vagina nach aussen geführten fingerdicken Gummischlauch. Schluss der Bauchwande in 3 Etagen. — Der Tumor (Demonstration) besteht aus einer Anzahl grösserer und kleinerer, gegen einander mehr weniger abgeplatteter Knoten, die von einer sehr derben 1—2 mm. dicken, mit dem Peritonealüberzug fest verwachsenen Kapsel eingeschlossen sind. In dieser Kapsel sowohl als in dem Bindegewebe, welches von ihr aus zwischen die Knollen hineinzieht, sieht man auf Querschnitten sehr grosse Gefässlumina. An einer Stelle unmittelbar unter der Kapsel ein unregelmässig buchtiger, glatt und glänzend ausgekleideter cystischer Raum (längster Durchmesser ca. 6 cm.); in der Nähe desselben ein nussgrosser mit einer (hämorrhagisch?) schmutzigen Masse erfüllter (Erweichungs?) Herd.

Auf die Provenienz der intralig. Myome, wenn sie, wie der vorliegende, gänzlich ungestielt und ohne Zusammenhang mit dem Uterus sind, einzugehen, verbietet die vorgerückte Zeit.

Die durch die Adhäsionen, die von verschiedenen Seiten zuführenden Gefässe etc. bei solchen intralig. Myomen schon erschwerte Operation wird noch misslicher durch die Dislocationen, welche dieselben, wenn sie die Grösse des Vorliegenden erreichen, immer herbeiführen müssen, vollends wenn dann noch ausserdem beträchtlichere Axendrehung vorhanden ist, die jede anatomische Orientirung namentlich bezüglich der Lage des Ureters unmöglich macht; durch Sondirung oder Präpariren über den Verlauf des letzteren sich zu vergewissern, wird in den meisten solchen Fällen aus verschiedenen Gründen kaum ausführbar sein, und hat dann, wenn der Ureter einmal in dem Maass verschoben ist, dass — wie Olshausen («die Krankheiten der Ovarien.» 2. Aufl. pag. 277) es bei einem Ovarientumor abbildet, der Ureter zwischen Tumor und Uterus verläuft, der Operateur von Glück zu sagen, wenn seine Verletzung vermieden wird. — Im vorliegenden Fall ist der bisherige Verlauf günstig.

7) Mannsfaustgrosser per vag. exstirpirter Uterus; Patientin (A. Punakoff, 34 J.) hatte drei Kinder, letztes vor 7 J.; wurde vor 7 J. in der Univ. Frauen-Klinik ausgeschabt; der häufige Urindrang, Schmerzen und fluor alb. darnach nur vorübergehend gebessert, haben sich in letzter Zeit immer mehr gesteigert, ebenso die Blutungen; seit der Ausschabung 2 Aborte. Hauptklage: 1) Blutungen, häufig wiederkehrend, oft mit Gerinnseln, bisweilen übelriechend; 2) ein besonders vor und nach den Blutungen starker, bisweilen schleimiger, meist wässriger, höchst quälender Ausfluss unter starken Schmerzen und so ausgesprochenem Krankheitsgefühl, dass Patientin fast arbeitsunfähig und desswegen von ihrem Mann aus dem Hause gejagt ist. Befund: Ut. gut Mannsfaustgross, Fundus und oberer Theil des Corpus fühlen sich derber an und nicht ganz eben (wahrscheinlich interstitielles Myom); die ganze Cervix dick; — bei Einstellung der Portio im Röhrenhals sammelt sich, obgleich Patientin eben den ziemlich weiten Weg zu meiner Wohnung gegangen ist, in kürzester Zeit mehr als 1 Theelöffel voll schleimig-wässriger Flüssigkeit an. — Patientin ist so anämisch, dass sie einige Wochen vor der Operation kräftig genährt werden muss. Operat. 10. Juni 95 in Aethernarkose. Sämmtliche Ligaturen etc. Catgut. Ein nach der Entfernung des Ut. in der Scheidenwunde sich präsentirendes Ovarium wird mit entfernt. Reactionslose Reconvalescenz.

In dem aufgeschnittenen Uterus ist von Myomen nichts zu finden, die Vergrösserung desselben ist vielmehr durch eine gleichmässige Verdickung seiner Wandungen bis zu 3½ cm. hervorgerufen. Bei der Untersuchung vor der Operation hatten 2 zufällig die Klinik besuchende auswärtige Gynäkologen gleichfalls die Diagnose auf Myom gestellt. Dieser Irrthum entschuldigt sich wohl dadurch, dass 1), so kolossale gleichmässige Hypertrophie der Uteruswandungen falls überhaupt schon beobachtet, den hier Untersuchenden jedenfalls noch nicht vorgekommen ist; 2), das Corpus uteri über der sehr weiten Uterushöhle sich weicher anfühlte als der Fundus. Ob wesentlich muskuläre Hypertrophie oder Bindegewebswucherung das Hauptcontingent zu dieser Massenzunahme des Organs gestellt haben, wird die (leider bisher noch nicht möglich gewesene) mikroskop. Untersuchung zeigen.

Discussion: Dr. Christiani: Die Schädlichkeiten der Ausschabung sind nicht nur directe, sondern auch indirecte, indem durch sie die Radicaloperation hinausgeschoben wird und die Pat. durch Blutung herunterkommen und bei der Operation der geschwächte Organismus den geringen Schädlichkeiten keinen Widerstand leisten kann. Bei den früheren Operationsmethoden musste eine gewisse Grösse des Tumors abgewartet werden und war daher eine Abrasio wohl indicirt, bei den jetzigen Methoden jedoch fällt diese Indication fort.

Dr. Ströhmberg fragt wie der günstige Einfluss der Drainage sich erklärt, ob die Scheide desinficirt ist oder das Peritoneum der Weiber weniger empfänglich für Infectionen ist?

Dr. Kessler erwiedert, dass das Peritoneum nach Myomoperationen stärker transsudirt und ohne Drainage kleine Temperatursteigerungen als Resorptionsfieber auftreten, bei der Drainage aber Transsudate aus dem Periton. ohne Folgen abfliessen. Ausserdem ist der Druck von innen stärker als von aussen und die distale Oeffnung des Drains mit Gaze verlegt. Das Drain muss dick sein, um den Introitus auszufüllen. Auch Vortr. ist dafür, möglichst früh zu operiren, um starke Anaemie zu vermeiden, es sei denn, dass die Pat. sehr anämisch ist, wo er erst curettirt, um die Blutung zu mässigen und inzwischen die Pat. zu kräftigen.

Dr. Christiani fragt ob statt Gummi nicht Gaze zur Drainage empfehlenswerth sei, da sie drainirt und zugleich blutstillend wirkt?

Dr. Kessler operirt nach Martin-Mackenrodt, weil diese Operationsmethode ihm ungefährlicher erscheint, eine Infection fast ausgeschlossen und die Blutung eine minime ist, da nichts durchschnitten wird, was nicht vorher unterbunden worden ist; in Folge dessen hält Vortr. bei dieser Methode ein Gummidrain für rationeller.

II. Die nächste Sitzung wird auf den 23. Aug. festgesetzt.

z. Z. Secretär: Kieseritzky.

Der VIII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden.

Der Aerztetag, welcher vom 29.—31. August in Wenden stattgefunden, hat wieder ein Mal bewiesen, wie zweckentsprechend es ist, dass die Zusammenkünfte der Collegen gerade in einer kleinen Stadt sind, wo man wirklich auch die ganze Zeit zusammen sein kann, stets gemeinsam die Mahlzeiten einnimmt und durch keinerlei andere gesellschaftlichen Pflichten von dem eigentlichen Zweck des Beisammenseins abgelenkt wird.

Die Zahl der Theilnehmer war nicht gross, sogar geringer als früher, nur 74 im Ganzen, aber die Anwesenden haben dafür diese Tage doppelt genossen, sowohl in wissenschaftlicher als auch collegialer Beziehung. Besonders empfunden

wurde das Fehlen eines der treuesten Mitglieder dieser Gesellschaft, des Prof. C. Dehio, den Unwohlsein am Erscheinen verhindert hatte. Dagegen aber hatten die Collegen aus älterer Zeit eine ganz besondere Freude, ihren alten verehrten Lehrer und einstigen Rector magnificus, den Prof. G. von Oettingen auf dem Aerztetage als Gast begrüssen zu können und zwar in prächtiger Frische, trotz seiner 72 Jahre und mit Vergnügen hörte man seine geistreichen Bemerkungen in den Debatten, an welchen er sich betheiligte. Die Mehrzahl der Theilnehmer stammten aus Livland und Riga, Kurland war nur durch 3 Collegen vertreten, aus St. Petersburg war nur Prof. Petersen erschienen, aus Estland kein Einziger, was sich wohl durch das in allernächster Zeit stattfindende Jubiläum der Estonia erklärt.

Da demnächst ja die Protokolle der Gesellschaft in unserer «Wochenschrift» zum Abdruck gelangen, wollen wir nur einen kurzen Ueberblick über die Thätigkeit des Aerztetages geben.

Nach der Eröffnung durch den Kreisarzt Dr. Gäthgens überbrachte Dr. Koppe die Bitte der Stadt Pernau, den nächsten Aerztetag daselbst abzuhalten und wurde nach kurzer Debatte dieser Vorschlag angenommen.

Hierauf erfolgte die Wahl des Präsidiums. Zum Präses wurde einstimmig Dr. Truhart wiedergewählt, zu Secretairen gewählt: Dr.Dr. Behr und Vierhuf, zum Cassaführer Dr. Koppe. Herrn Dr. Sokolowsky, dem bisherigen Secretair wurde ein warmer Dank notirt.

Darauf verlas Docent Zoege von Manteuffel im Namen des Lepra-Vereins den Jahresbericht dieser Gesellschaft, woraus ein erfreuliches Gedeihen dieser Gesellschaft ersichtlich. Ganz besonders verdient hervorgehoben zu werden, dass die livländische Ritterschaft mit vollem Verständniss für die Wichtigkeit des Kampfes gegen die Lepra, nunmehr beschlossen hat, die Verpflegung der aus Livland stammenden Lepròsen auf Ritterschaftskosten zu übernehmen. Nachdem dann noch Herr Bergengrün einen interessanten Vortrag über Schleimhauterkrankungen der Nase, der Mundhöhle und des Kehlkopfes, gehalten, mit Demonstration sehr instruktiver Zeichnungen, schloss man die erste Sitzung und begab sich, der freundlichen Einladung des Lepra-Vereins folgend, zur Einweihung des neuen, c. 2 Werst von Wenden gelegenen, Lepra-Asyl's, welches in seinem 2-stöckigen, einfachen aber zweckentsprechenden Gebäude Raum für 60 Lepröse bietet. 29 Kranke fand man bereits als erste Insassen vor. Dieser Bau, der Dank der Energie der Herren des Zweigkomités (Baron Pahlen, Dr. Kiwull und Kreischef Gäthgens) in kurzer Zeit und mit verhältnissmässig geringen Kosten (16000 R.) erbaut ist ein schönes Denkmal des Gemeinsinns in Livland.

Von den Vorträgen der ferneren Sitzungen können wir nur sagen, dass sie meist viel Interessantes und Lehrreiches boten und häufig lebhafte Debatten hervorriefen, wie das die Protokolle bezeugen werden. Von ganz besonderem Interesse waren die Patientendemonstrationen und ein vorzüglich präparirtes Skelet eines an Myositis ossificans verstorbenen Patienten, welches Docent Zöge demonstrirte. Besonders lebhaft war die Debatte über Eczem-Behandlung», die Prof. Oettingen in der Weise resumirte, dass die «Jugend mehr für das Reizende, die Erfahrenen dagegen für vorsichtiges Vorgehen seien». Grossen Beifall fand auch der Vortrag von Dr. Dahlfeldt «über die Arbeitsfähigkeit der Einäugigen».

So hat denn wohl Jeder der Theilnehmenden den Eindruck mit nach Hause genommen, dass reges Leben in der Arbeit des livländischen Aerztetages herrscht und stets Neues und Belehrendes bringt.

Nur einen Wunsch möchten wir zum Schluss äussern, bei der Fülle des Materials und der Kürze der Zeit, müssten längere Vorträge vermieden und der Schwerpunkt noch mehr auf Discussion und Demonstration verlegt werden. Längere Arbeiten könnten ja vorher in der «Wochenschrift» veröffentlicht werden, sodass man dann auf den Sitzungen gleich zur Discussion der Schlussfolgerungen schreiten kann.

Ein grosses Verdienst hat sich auch auf dem VIII. Aerztetage wiederum der unermüdliche Präses Dr. Truhart erworben, dem dafür auch beim gemeinsamen Mahle der wärmste Dank ausgesprochen wurde. P.

Der III. internationale Dermatologen-Congress in London.

I.

Bei der sich stets mehrenden Zahl der allgemeinen wie speciellen Congresse ist es kaum mehr möglich, dieselben mitzumachen resp. über dieselben zu berichten und doch ist es für den Specialisten wie auch für den practischen Arzt wichtig, sich mit den Verhandlungen derselben bekannt zu machen, da so manche neue Theorie, so mancher neue Vorschlag erst durch die Debatten ins richtige Licht gestellt wird. Lange Vorträge in einer nur wenig bekannten Sprache anzuhören hat allerdings garkeinen Zweck und daher müsste immer mehr darauf hingearbeitet werden, dass dieselben aus den Sitzungssälen der Congresse verschwinden und Demonstrationen und Discussionen ihren Platz abtreten. Dann sieht und hört man dasjenige, was man weder in Handbüchern noch in Zeitschriften finden kann, dann hat es einen Zweck auch weitere Reisen zu unternehmen, dann kommt man nicht mit leeren Händen nach Hause. Und in dieser Beziehung ist der Londoner Dermatologen-Congress als musterhaft zu bezeichnen. Die Organisation war eine ganz vorzügliche, besonders bezüglich der Demonstrationen, die 2 Mal täglich 1 Stunde vor jeder Sitzung stattfanden und jedes Mal waren Serien von Kranken vorhanden, die den auf der Sitzung zur Mittheilung kommenden Themata entsprachen. In diesem grossartigen Maassstabe kann das freilich auch nur eine solche 4 Millionen-Stadt wie London liefern, doch in kleineren Städten liesse sich in dieser Beziehung viel leisten, wenn erst das Princip allgemein acceptirt wird.

Der Londoner Dermatologen-Congress ist als äusserst gelungen zu bezeichnen, der Ehrenpräsident, der ehrwürdige Mr. Hutchinson und namentlich der General-Secretair Mr. Pringle haben keine Mühe gescheut, um den Congress zu organisiren und sie können die Genugthuung haben, dass so ziemlich Alle bedeutenden Vertreter der Dermatologie erschienen waren, um an dem Erfolg des Congresses mitzuhelfen. Aus Deutschland und Oesterreich waren Kaposi, Neisser, Lassar, Unna und Jadasohn, aus Frankreich — Besnier, Jullien, Gaucher, Balzu, Darin erschienen, aus Kopenhagen — Haslund, aus Norwegen — Boeck, aus Italien — Pellizari, Bartarelli, aus Portugal — Falcas, aus Rumänien — Petrini, aus Holland — Van Hoorn, aus Amerika — Hyde, Duncan-Balkley, Zeissler, aus Constantinopol — Zambaco-Pascha. Russland war durch die Professoren Tarnowski, Petersen und Stukowenkow, sowie durch den Docenten Lanz (Moskau) vertreten. Im Ganzen hatten sich ca. 360 Dermataloge versammelt. Beim Einschreiben zur Mitgliederschaft erhielt Jeder ein recht umfangreiches Buch (ca. 190 Seiten) in welchem das Programm und die Schlussfolgerungen der meisten Vorträge bereits in 3 Sprachen abgedruckt waren.

Auch für zahlreiche Aufnahme der Gäste war gut gesorgt abgesehen von den täglich stattfindenden Diners zu 10—12 Personen bei den Londoner Collegen, gaben die englischen Dermatologen ein grosses Bankett; ausserdem fand ein officieller Empfang der Mitglieder beim Lordmajor im Stadthause statt. Ferner eine Abendgesellschaft bei Dr. Stephen Mackenzie und täglich war für die Collegen ein Morgenfrühstück bei Hutchinson in seinem Privat-Museum. Für das leibliche Wohl war somit auf's Beste gesorgt, nicht minder aber auch für das wissenschaftliche Interesse. Während der Demonstrations-Stunden haben wir in dieser einen Woche ca. 300 der seltensten Hautkranken gesehen und mancher interessanten Discussion beigewohnt. Ausserdem fanden 2 Ausstellungen statt. Im Hause der Sitzungen, (in der Examinationshalle) eine Ausstellung von Wachsmodellen, Abbildungen, makro und mikroskopischen Präparaten (stets standen dort 30 Mikroskope mit täglich neuen Präparaten). Eine 2. Ausstellung die Droguen, Instrumente, Bücher etc. enthielt, war im Hôtel, Cecil, ganz in der Nähe des Sitzungslocals placirt, denn Alles, was auch nur entfernt an Reclame erinnert, hat keinen Platz in einem Local, welches wissenschaftlichen Zwecken dient. Als auf einer der Sitzungen 2 Collegen (Unna u. Schiff) Mittheilung über neue Mittel gemacht und dann Proben derselben vertheilen wollten, lehnte sich der Secretair dagegen auf und ersuchte die Collegen, ihre Proben sofort aus dem Saal zu entfernen. Bekanntlich ist ja die Verfolgung jeglicher Reclame in England sehr streng und darf kein Arzt dort auf der letzten Seite der Tagesblätter seine Annoncen publiciren, wodurch sich gerade leider nicht wenige Aerzte in Russland (nicht nur in Petersburg, sondern auch schon in den Provinzialstädten) gerade als Syphilodologen bekannt machen wollen.

P.

Vermischtes.

— Auf Ersuchen der Kaiserlichen rechtgläubigen Palästinagesellschaft ist Dr. Th. Germann, älterer Ordinator an der St. Pet. Augenheilanstalt nach Syrien und Palästina abkommandirt worden. In den dortigen Schulen der Gesellschaft herrschen epidemische Augenkrankheiten. Das Studium der Erkrankungsformen sowie die Organisirung durchführbarer Hilfe bildet die Auf-

gabe der Abkommandirung. Dr. Germann ist am 10. September abgereist.

— Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Constantin Winogradow ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre in seiner bisherigen Stellung belassen worden. W. war früher Professor an der Universität Tomsk und wurde erst vor einigen Jahren zur mil.-med. Academie übergeführt.

— Am 8. October d. J. vollenden sich 30 Jahre der ärztlichen und klinischen Thätigkeit des Professors der Pädiatrie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsraths Dr. Nicolai Bystrow.

— Der berühmte Physiolog, Prof. Dr. Emil de Bois-Reymond in Berlin beging vor Kurzem sein 50-jähriges Docenten-Jubiläum.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow (Berlin) ist das Commandeurkreuz des Französischen Ordens der Ehrenlegion und Prof. Dr. Leyden (Berlin) das Officierkreuz desselben Ordens verliehen worden.

— Der Professor der Chirurgie, Dr. Mikulicz in Breslau, ist von der Wilnaschen medicinischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Verstorben: 1) Am 31. August in St. Petersburg der frühere Vicedirector des Medicinaldepartements wirkl. Staatsrath Dr. Michael Schmelëw im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seit 1856 ärztlich thätig war, redigirte mehrere Jahre die vom Medicinaldepartement herausgegebene «Zeitschrift für Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin» und fungirte in der letzten Zeit als Präses der III. (Hygienischen) Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit. 2) In Warschau der Gehilfe des Oberarztes des Hospitals «Kindlein Jesus», Dr. Heinr. Obremski, im Alter von 62 Jahren. 3) In Tula der dortige städtische Sanitätsarzt Peter Bjeloussow im 40. Lebensjahre. 4) In Vöslau der Privatdocent der Gynäkologie an der Wiener Universität, Dr. Wilh. Schlesinger, Begründer und Redacteur der «Wiener med. Blätter», im 57. Lebensjahre an einem Nierenleiden. 5) In London Dr. W. R. Salomon im Alter von 106 Jahren. Der älteste noch lebende Arzt ist nach der «Presse médicale» jetzt Dr. de Bossy in Havre, welcher trotz seiner 102 Jahre noch praktisch thätig ist.

— An Stelle des bekannten Prof. Billings ist Dr. Abbott zum Professor für Hygiene an der Universität Philadelphia ernannt worden.

— Dem Stabsarzt Dr. Wernike, welcher den auf Urlaub befindlichen Professor Dr. Behring in Marburg vertritt, ist der Professortitel verliehen worden.

— Die Redaction der «Berliner Klinik» hat der Oberarzt des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin Dr. Stadelmann (früher bekanntlich Docent in Dorpat) übernommen.

— Professor Dr. Freiherr v. Rokitansky (Therapeut) ist zum Rector der Universität Insbruck gewählt worden.

— Die «Gesellschaft der Aerzte» in Wien hat den Beschluss gefasst, den früheren Krakauer Professor der Chirurgie Adamkiewicz, der, nachdem er mit seinem Krebsheilmittel Fiasco gemacht, in der Zeitschrift «Neue Revue» die genannte Gesellschaft unter Entstellung von Thatsachen heftig angegriffen hat, aus der Liste der correspondirenden Mitglieder zu streichen.

— Der Ehrenrath der Wiener Aerztekammer ist in letzter Zeit gegen eine Reihe von Aerzten, die Mitglieder der Kammer sind, wegen wiederholten Annoncirens mit Rügen vorgegangen. Ein Recurs der Betroffenen gegen diese Erkenntnisse des Ehrenrathes ist von der Stadthalterei in letzter Instanz abschlägig beschieden worden. «Nachdem die genannten Aerzte», heisst es in der Entscheidung der Stadthalterei, «trotz wiederholter Erinnerung der Aerztekammer das Annonciren nicht einstellten, haben sich dieselben eine schwere Verletzung der Pflichten gegen die zuständige Aerztekammer zu Schulden kommen lassen; es erscheinen somit die Erkenntnisse des Ehrenraths der Kammer auf Ertheilung von Rügen begründet».

— Wie Prof. Dr. R. Virchow während seiner letzten Anwesenheit in St. Petersburg von hier an deutsche medicinische Blätter mitgetheilt hat, sind die russischen Consuln autorisirt worden, die Pässe der christlichen sowohl, wie auch der israelitischen Aerzte zu visiren, welche sich zu dem i. J. 1897 in Moskau stattfindenden internationalen Congress begeben wollen. Auffallender Weise hat das Organisationscomité des Congresses in Moskau bis jetzt noch keinerlei Mittheilung über diese Verfügung der Russischen Regierung veröffentlicht.

— Ein Gönner der medicinischen Wissenschaft, der unbekannt bleiben will, hat 100,000 Dollar zur Errichtung eines Lehrstuhls für vergleichende Pathologie an der Harvard University[1]) gespendet. Ein solcher Lehrstuhl für vergl. Pathologie hat bis jetzt noch an keiner Universität existirt.

— Die Zahl der Medicinstudirenden an den 20 medicinischen Facultäten Deutschlands betrug im Sommersemester 1896 in Summa 7993 (gegen 8080 im Sommersemester des Vorjahres). Die grösste Frequenz weisen München (1239) und Berlin (1118), die geringste Giessen (171) und Rostock (115) auf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. August d. J. 6983 (152 wen. als in d. Vorw.), darunter 892 Typhus — (10 mehr), 715 Syphilis — (60 wen.), 91 Scharlach — (3 wenig.), 73 Diphtherie — (27 wen.), 16 Masern — (1 wen.) und 17 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Am 7. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7097 (115 mehr als in der Vorwoche), darunter 971 Typhus — (99 mehr), 766 Syphilis — (51 mehr), 91 Scharlach — (0 wenig.) 66 Diphtherie — (7 wen.), 9 Masern (7 wen.) und 21 Pockenkranke (4 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis 31. August 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
279	199	478	104	41	80	16	3	17	47	39	41	39	21	24	5	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 12, Diphtherie 18, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 73, Todtgeborene 31.

Für die Woche vom 1. bis 7. September 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
304	205	509	101	36	82	11	11	26	50	62	35	39	30	16	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 33, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 16, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 82, Todtgeborene 27.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. Sept. 1896.

Tagesordnung: E. Merits u. W. Dehn — die Behandlung Herzkranker in Nauheim und die Schott'sche Methode.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. September 1896.

[1]) Die Harvard Universität zu Boston ist die älteste und angesehenste Medicinische Schule der Vereinigten Staaten von Nordamerika.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 14 Сентября 1896 г. Herausgaber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, (3. November) 21. September **1896**

Zeitgemässe Betrachtungen zur Aetiologie und Therapie der acuten Mittelohrentzündungen.

Von

Dr. med. Richard Otto.

Vortrag, gehalten zu Wenden am VIII. livländischen Aerztetage 1896.

M. H.!

Es will uns fast Wunder nehmen, dass der Aufschwung in den Anschauungen über das Zustandekommen der Entzündungen und Eiterungen der Paukenhöhle, den die bacterielle Forschung der letzten Jahre auch für dieses Gebiet zu vermitteln im Stande war, erst jetzt und nicht schon früher seinen Anfang genommen hat, in einer Zeit, wo der Bacillus und die verfeinerten Mittel zu seiner Gegenwehr im Vordergrunde alles medicinischen Denkens stehen. Musste es da nicht nahe liegen auch im Secret des Mittelohrs nach diesen patho- und pyogenen kleinsten Lebewesen zu fahnden? Dass dies bisher nicht geschehen war, erklärt sich durch die technische Schwierigkeit, die mit der versteckten Lage des Mittelohrs für derartige Experimente gegeben ist, wie es anderseits bezeichnend genug ist, dass die ersten anscheinend positiven Resultate, welche Netter[1]) im Jahre 1887 aufzuweisen hatte, nicht am Lebenden sondern an der Leiche gewonnen worden sind. Wenn auch der noch unsichere Befund dieses Forschers, der im Paukenhöhlensecret eines an Pneumonie Verstorbenen Pneumococcen gefunden haben wollte, schon durch den Mangel weiterer Züchtung und Verimpfung nicht die volle Beweiskraft an sich trug, so war doch hiermit der erste Schritt zur weiteren Forschung gethan. Denn war die Aetiologie der Otitis media acuta bisher völlig dunkel geblieben, so gelang es nun Zaufal, Moos und Weichselbaum auf der einmal eingeschlagenen Fährte nicht allein die Resultate Netters zu bestätigen, sondern ausser dem Befunde von Pneumococcen noch eine Reihe bekannter auch für das Mittelohr ätiologisch wichtiger pathogener Mikroben zu entdecken.

Hatte es sich im Falle Netters um eine durch Pneumonie complicirte, also nicht selbstständige Otitis gehandelt, so gebührt Zaufal[2]) das Verdienst zum ersten Mal seine exacten bacteriologischen Untersuchungen mit dem Secret der primären Mittelohrentzündung am Lebenden ausgeführt zu haben.

Zu diesem Zweck musste das Untersuchungsmaterial nach erfolgter Paracentese unter allen Cautelen zum Schutze einer nachträglichen Infection von Seiten des äusseren Gehörganges dem Mittelohr direct entnommen werden und zeigte unter 6 Fällen, deren Publication den Jahren 1887 und 1888 angehört, 1 Mal den Bacillus pneumoniae, zwei Mal den Diplococcus pneumoniae und drei Mal den Streptococcus pyogenes. Im ersten Falle hatte sich Zaufal nur der Gelatineculturen zum Nachweise des Bacillus pneum. bedient, so dass, wie er glaubte, das wahrscheinlich gleichzeitige Vorhandensein des Diplococcus pneumoniae, der nur auf Agar-Agar zu wachsen pflegt, unentdeckt geblieben sein mochte. Hier und bei Diplococcus pneum. hatte es sich theils um blutig-seröses, theils klumpig-schleimiges Secret gehandelt, während der Streptococcus pyogenes durchweg einem eitrigen Substrat entsprach. In zwei der genannten drei Fälle fand sich der Streptococcus auch im Eiter in der Umgebung des Proc. mastoideus wieder, woselbst er zur Ursache der Abscessbildung geworden war.

Noch im Jahre 1888 berichtet Moos[3]) über 3 genau ausgeführte Krankengeschichten, in welchen auch er die ernsteren Complicationen bei der Otitis media suppurativa dem Streptoccus pyogenes zuschreibt, andrerseits aber in 2 Fällen das Zusammenwirken von Strepto- u. Diplococcus feststellen konnte.

Hiernach hatte es fast den Anschein, als handelte es sich um eine Scala im Virulenzgrade der Mikroorganismen. Auf der höchsten Staffel stand mit seinen ver-

[1]) Netter. Archiv génerale de méd. 1887.

[2]) Zaufal. Prag. med. Wochenschrift 1887 u. 1888.

[3]) Moos. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. 1888.

heerenden Wirkungen der Streptococcus, auf der niedersten der Bacillus pneumoniae, der auch hier wie beim pneumonischen Process, wo bekanntlich der Diplococcus für den pathog. Erreger gilt, eine mehr untergeordnete Rolle zu spielen berufen war.

Dass dieses Facit jedoch nur cum grano salis aufgefasst werden darf, dafür sprechen in beredter Weise die in folgendem zu erwähnenden Untersuchungen Weichselbaums[4]), in welchen die angebliche Harmlosigkeit des Bacill. pneum. von durchaus gegentheiliger Seite beleuchtet wird.

Der durch Culturen und Impfungen illustrirte Fall ist zu interessant, um nicht einige Augenblicke bei ihm zu verweilen. Die anatomische Diagnose lautete: Acute Rhinitis, acute perforative eitrige Entzündung der linken Paukenhöhle, acute eitrige Periostis des Proc. mastoid. und Phlegmone des musc. sternocleidomast. Beginnende Pneumonie im linken Unterlappen. Beiders. acute parenchymatöse Nephritis, fettige Degeneration des Herzens, acuter Milztumor, trübe Schwellung der Leber.

Von einer acuten Otitis durch acute Rhinitis inducirt hatte sich also eine schwere Allgemeinerkrankung des ganzen Körpers herausgebildet, die mit dem Tode endete. Der ursächliche Zusammenhang liess sich indess nicht, wie man hätte glauben können auf Streptococceninfection, sondern in einwandfreier Weise auf eine solche mit Bacill. pneum. zurückführen. Ueberall handelte es sich um den alleinigen Befund dieser in überaus grosser Menge vertretenen Organismen, nur in der Paukenhöhle und der Lunge, wo Communikation mit der Aussenwelt bestand, zeigten die auf Agarplatten angelegten Culturen Verunreinigung mit accidentellen Mikroben. War hierdurch der Beweis geliefert, dass der Bacillus pneum. eine Otitis und selbst eine Phlegmone zu erzeugen vermag, so war andrerseits klar, dass von dieser letzteren aus durch Uebertritt der Bacillen und ihrer Producte ins Blut die parenchymatöse Nephritis und überhaupt die tödtliche Allgemeininfection zu Stande gekommen war. War die in hohem Grade vorhandene pathog. Eigenschaft des Bacill. pneum. hiermit über allen Zweifel gestellt, so waren auch jene bisher dunkelen Fälle von Pneumonie geklärt, bei denen es sich um die alleinige, angeblich bedeutungslose Invasion dieses Bacteriums gehandelt hatte.

Diese grundlegenden bacteriol. Untersuchungen habe ich, meine Herren, vorausschicken müssen, um Ihnen an der Hand derselben den Nachweis zu geben, wie wenig wir bei den Schwankungen im Virulenzgrade der Mikroorganismen im Stande sind auch heute noch eine feste Classificirung der entz. Mittelohrprocesse zu machen. Das positive Factum der für das Zustandekommen der Mittelohrentzündung nothwendigen pathog. Bacterien giebt uns noch keineswegs die Möglichkeit der Entscheidung über die gerade vorliegende Form der Infection. Das wäre nur unter der Voraussetzung eines festen Verhältnisses zwischen der Virulenz einer und derselben Bacterienart, den entsprechenden pathol-anatom. Vorgängen und dem klinischen Krankheitsbilde möglich. Solange wir aber nicht wissen, warum ein und dasselbe Bacterium, das eine Mal leichte, das andere Mal überaus schwere Entzündungserscheinungen zu erzeugen vermag, uns also die Kenntniss über die feinen biologischen Vorgänge und über das Verhalten der einzelnen Mikroorganismen zu einander fehlt, so lange wird uns begreiflicher Weise auch das Vermögen abgehen die einzelnen Formen der Mittelohrentzündung bacteriell genetisch zu trennen, wie wir denn auch heute noch nicht sagen können, wo der principielle Unterschied zwischen dem einfachen Catarrh und der eitrigen Entzündung lieg[t]. Beide Formen sind bacteriellen Ursprungs, gehen lei[cht] in einander über und wechseln so sehr in ihren bal[d] leichten bald schweren klinischen Symptomen, dass d[ie] Annahme nicht unberechtigt erscheint an eine Infecti[on] zu glauben, welche, wie Brieger meint «entweder dur[ch] die Art und Menge der zur Einwirkung gelangende[n] in den einzelnen Fällen verschiedenen Erreger oder [b]ei Identität derselben durch ihre variable Virulenz er[]klärt werden könnte». Die Entscheidung über die ge[]rade bestehende Form der Infection wird aber um [so] schwieriger werden müssen, wenn wir die im Gefo[lge] der Infectionskrankheiten von diesen abhängigen od[er] unabhängigen acuten Mittelohrentzündungen mit in de[n] Kreis unserer Betrachtungen ziehen wollten oder etw[a] an diejenigen Fälle denken, wo es im Verlaufe d[es] Entzündungsprosses zu einer noch hypothetischen Ueber[]wucherung der einen über die andere Bacterienart komm[t]. Ohne uns auf diesem noch vielfach dunkeln Gebiet[e] weiter verlieren zu wollen, wende ich mich nun de[r] weiteren Frage zu: Wie findet die Invasion der Mikro[]organismen ins Mittelohr statt?

Abgesehen von der Vermittelung der Lymph- und Ge[]fässbahnen findet ihre Einschleppung, wie wir wissen [a]m häufigsten durch die Tube statt, obgleich durch manni[g]faltige gröbere und feinere physiol. Vorrichtungen da[für] gesorgt ist, dass dieser Fall unter normalen Verhält[]nissen nur relativ selten eintreten kann. Da die natür[]lichen Oeffnungen des menschlichen Körpers aber di[e] einzigen Eingangsthore für die Mikroben sein können, so liegt auf der Hand, wie sehr die gesammte Wider[]standsfähigkeit des einzelnen Individuums abhängig is[t] von der Integrität dieser nicht allein für das *Ohr* son[]dern auch für den ganzen Organismus *massgebenden* Einrichtungen der Abwehr. Nach neueren *Untersuchun*[]gen von Wurtz und Lermoyez[5]) Claer Thomson und Hewlik[6]) wird der allergrösste Theil sämmt[]licher an den Staubtheilchen klebender Luftkeime [schon] im Vestibularraum der Nase zurückgehalten, die [tiefer] gelegenen Schleimhäute, nam. aber die Schneidersche Membran sind dagegen fast keimfrei, so dass das Vor[]handensein pathog. Bacterien daselbst zu den äusser[]sten Seltenheiten gehört. Der verschwindend klein[e] Theil der Mikroben, der nun doch über die ihm gesetz[]ten Grenzen vordringt, wird durch die Flimmerbewe[]gung der Schleimhaut der Nase und in zweiter Instan[z] durch die der Tube wieder evacuirt oder aber durch die bactericide Eigenschaft des Nasenschleimes scho[n] früher getödtet.

Ob die Mikroben schon durch den bei der natürlichen Ventilation zur Paukenhöhle dringenden Luftstrom ver[]schleppt werden können, ist eine noch offene Frag[e], das aber steht fest, dass sie einmal ins Mittelohr ge[]drungen, nicht immer und unbedingt pathogen zu wer[]den brauchen. Denn einmal lassen sich für diese That[]sache Analogien auf anderen Schleimhäuten beibringen, sodann aber liefern uns jene Fälle den directen Bewei[s] wo eine Fissur der Trommelhöhlenwand den Einzug der pyogenen Mikroben in die Schädelhöhle vermittel[te], ohne dass hierdurch das Mittelohr selbst inficirt word[en] war. (Brieger, Politzer). Ohne auf diese interes[]santen Details hier näher eingehen zu können, müsse[n] wir sagen, dass die Gefahr einer primären Mittelohr[]entzündung überall da vorhanden ist, wo eine schwä[]chende Ursache für den Organismus beziehungsweise [für] die Schleimhaut der oberen Luftwege besteht, dass al[so] eine Erkältung oder ein Schnupfen schon genügt u[m]

[4]) A. Weichselbaum. Monatschr. für Ohrenheilk. Nr. 8. 1888.

[5]) Wurtz et Lermoyez. Semaine médic. 1893 referirt [in] der Monatschrift f. Ohrenheilk. 1893 pag. 376.

[6]) Thomson u. Hewlik. Lancet 1895 refer. Monatschr. f. Ohrenheilk. 1895, pag. 393.

eine Infection des Mittelohrs zu Stande kommen zu lassen, gleichviel ob die zur Paukenhöhle eingewanderten Bacterien ihre Virulenz zu entfalten beginnen oder die etwa im Latenzstadium dort verharrenden Entzündungserreger diese Rolle übernehmen;

Werden nun bei dieser genuinen Otitis die pathogenen Keime spontan durch die Tube ins Mittelohr verschleppt, so dringen sie bei der sogenannten secundären Form ganz direct in die Pauke ein, wie das unter gewissen, nur zu bekannten Umständen bei erhöhtem Druck innerhalb des Rachenraums gelegentlich zu Stande kommen kann.

Das, m. H. ist freilich in aller Kürze das Wichtigste was uns die bacterielle Forschung zur Klärung unserer Vorstellungen über die Aetiologie der Mittelohrentzündung gelehrt hat. Es fragt sich nun, ob die Therapie, zu welcher wir auch unsere prophylactischen Bestrebungen zu rechnen haben, aus den Ergebnissen dieser Forschung Nutzen und bleibenden Gewinn hat ziehen können und ob wir in der erfreulichen Lage sind unsere bisherigen Grundsätze gerne zu ändern oder zu modificiren?

In der That machen sich gewisse, der bisher üblichen Tradition entgegenwirkende, reactive Strömungen geltend. Da es sich unserm bessern Wissen gemäss fortan nur darum handeln kann Alles zu meiden und zu verhindern, was zur bacteriellen Invasion des Mittelohrs führen könnte, so hat man mit Recht zunächst jene Methoden einer Revision unterzogen, in deren Natur die Möglichkeit einer Infection liegt, nämlich das Politzer'sche Verfahren mit oder ohne Katheterismus, namentlich aber die Weber'sche Douche.

Dass hier in der That diese Gefahr besteht, wird Niemand im Ernste leugnen können. Wenn aber Schwartze ihr deshalb neuerdings jede Berechtigung abspricht und sie durch Wort und That zu vernichten droht, so möchte ich doch mit Brieger[6]), Grunert[7]) und And. gegen diese radicale, etwa zu verallgemeinernde Richtung Protest erheben. Ich stimme den genannten Autoren durchaus bei, dass nicht das Verfahren an sich, sondern seine kritiklose Verwendung ein für alle Mal aus der Welt geschafft werden soll, glaube aber in meinem Theil die Hauptschuld der nicht immer richtigen Gebrauchsweise zuschreiben zu müssen, welche besonders in der Hand der zu wenig vorgeübten und sich selbst überlassenen Patienten zu einer Gefahr wird, welche andernfalls auf ein Minimum beschränkt werden könnte. Das wenigstens ist der Eindruck, den ich persönlich nach meinen Erfahrungen gewonnen habe und noch vor einem halben Jahre wäre ich versucht gewesen an die relative Harmlosigkeit dieser Methode zu glauben, wofern nur alle von Schech verlangten Cautelen erfüllt sind, wenn mir nicht dennoch ein Fall begegnet wäre, der trotz jeder Vorsicht das gefürchtete Eindringen des Wassers durch die Tube nicht aufzuhalten im Stande war.

Es handelt sich um ein 12-jähriges Mädchen, das wegen chronischen Schnupfens und fester Nase in meine Behandlung getreten war. Der müde Gesichtsausdruck, die nasale Sprache und das Offenhalten des Mundes liessen die Vermuthung adenoider Vegetationen zu.

Im Rachenraume steckte jedoch der Fehler nicht. Auch hatte das Kind niemals über das Gehör zu klagen gehabt. Statt dessen bestand hochgradiger Catarrh mit reichlich schleimigem Secret und S-förmige Deviation des Septums mit starker die gegenüber liegende Wand berührender Scoliose in den tieferen Theilen der linken Nasenhöhle. Erst als ich nach 14 Tagen durch Abschwellung der Schleimhaut erträglichen Raum geschafft hatte, setzte ich die Olive in die linke engere Seite der Nase ein und begann in aller Vorsicht und bei nur geringem Druck den Irrigator wirken lassen. Abfluss wurde jedoch nicht erzielt. Statt dessen traten Schluckbewegungen ein, die Patientin verzog angstvoll das Gesicht, entzog sich gewaltsam der Procedur und klagte momentan über Sausen Druck und Schwerhörigkeit des linken Ohres, das in der That die Uhr nur noch auf wenige Ct. und nur ganz dumpf zu percipiren im Stande war. Dass es sich zweifellos um ein plötzliches Eindringen von Wasser durch die Tube ins Mittelohr gehandelt hatte, stand also fest. Der Wasserstrom war durch die enge Configuration in den tieferen Theilen der Nasenhöhle nach abwärts gegen das Gaumensegel gelenkt worden; dasselbe hatte dem Drucke nachgeben müssen, war aber sofort durch die reflectorischen Schluckbewegungen in wiederholte Contraction gerathen, während welcher bei gleichzeitiger Eröffnung der Tube das Wasser jenen ominösen Weg hatte wählen müssen.

Wenn es nun in der Folge trotzdem nicht zur Mittelohrentzündung gekommen ist, so haben wir dieses Glück im Unglück nicht anders als dem wichtigen Umstand zu danken dass es an gleichzeitig eingeschwemmtem infectiösen Materiale offenbar gefehlt hat. Zudem war es gelungen den von der vollen Ladung getroffenen Mittelohrraum fast unmittelbar sowohl vom Druck, wie vom Insult zu befreien, so dass es sich im schlimmsten Falle um die nachträgliche Resorption verschwindend geringer steriler Wassertheilchen gehandelt hat.

Das in so fataler Lage gebräuchliche Verfahren besteht nun nach Angabe Toynbees gewissermassen in der Verfolgung des umgekehrten Weges. Der Patient macht Schluckbewegungen, während ihm die Nase zugehalten wird. Es entsteht eine Luftverdünnung innerhalb des Rachenraumes, welche ihrerseits wiederum auf Entlastung der Paukenhöhle zurückwirkt. Da es mir jedoch nicht gelang auf diesem Wege irgend einen Erfolg zu erzielen, so verfiel ich, gewissermassen einer Eingebung folgend auf die Idee, gerade so zu verfahren, wie man das nach dem Bade zu thun pflegt, wenn Wasser in den äusseren Gehörgang gedrungen ist. Ich liess also das Kind mehrfach und immer wieder auf dem linken Beine hüpfen und sorgte dafür, dass der Kopf nach vorn und etwas nach rechts hinüber gebeugt war, um der linken Tube eine zur Horizontalebene möglichst senkrechte Richtung zu geben. Der Erfolg überstieg meine Erwartungen. Die lästigen Symptome waren alsbald geschwunden und das Gehör hatte sich soweit gebessert, dass die Uhr bereits auf 2 Meter zur Wahrnehmung gebracht werden konnte. Ich entliess die Patientin für heute mit der ausdrücklichen Mahnung dieses Verfahren auch zu Hause in gewissen Zeitabständen zu wiederholen und war schon am nächsten Tage in der erfreulichen Lage völlig normale Verhältnisse in Bezug auf Ohr und Gehör feststellen zu können.

Ich habe dieses Verfahren, über dessen Werth oder Unwerth die Zukunft entscheiden mag, um seiner praktischen Bedeutung willen erwähnt, brauche aber wohl nicht hinzuzufügen, dass ich deshalb nun nicht auch im Glauben wäre jede auf diesem Wege drohende Entzündungsgefahr ein für alle Mal beseitigen zu können. Das Maassgebende bleibt ja immer, ob die gefürchteten Mikroben dabei im Spiele sind oder nicht. Nichts destoweniger glaube ich, dass das Bestreben eine möglichst rasche Entleerung der Paukenhöhle herbeizuführen, nicht ohne Bedeutung für den weiteren Verlauf sein kann, zumal wir ja nicht wissen können, ob die etwa vorhandenen Keime nicht mit der Flüssigkeit auch wieder entfernt werden können, bevor es zur Einwanderung derselben ins Epithel gekommen ist. Hängt nun die immerhin seltenere Gefahr der Weber'schen Douche von der sich mehr zufällig eröffnenden Tube ab, so kann das von dem Politzer'schen Verfahren und dem Katheterismus natürlich nicht gelten, wo parallel mit der geflissentlich jedes Mal zu eröffnenden Tube die Gefahr einen ganz directen Charakter gewinnt, obgleich der Moment in welchem die Invasion der pathog. Mikroben sich vollzieht hier nicht so markant, wie etwa der Eintritt des Wassers bei der Weber'schen Douche in die Erscheinung zu treten pflegt. Schon in dem weit häufigeren Gebrauch der Luftdouche dürfte aber ein Grund mehr zur gelegentlichen Einschleppung des infectiösen Materials liegen. Denn schon bei den ersten subjectiven Beschwerden des Ohres wird oft zu Luftdouche und Katheter gegriffen

[6]) O. Brieger, klinisch. Beitr. z. Ohrenheilk. 1896.
[7]) A. f. O. Bd. XXXVI.

und selbst die manifest gewordene Otitis media wird öfter als man glauben sollte durch die fortgesetzte Anwendung der Lufteintreibung in ihrem Verlaufe gestört Dass unter diesen Umständen namentlich von Walb[8]) und Zaufal[9]) mit Recht auf die Einschränkung im Gebrauch dieser, nur nach strenger Indication zu verwendenden Methoden hingewiesen wird und letzterer die Luftdouche, falls es sich um eine acute Mittelohrentzündung handelt, erst 8—14 Tage nach dem Beginn einer solchen gestatten möchte, das sind Forderungen, welche rückhaltlos beherzigt zu werden verdienen.

Das nun wären die Ziele, die unsre prophylactische Aufgabe zu erfüllen hat, so weit sie wenigstens von der maassvolleren Handleistung des Arztes selbst abhängt. Ist es dagegen schon zur gefürchteten Ansiedelung der Bacterien gekommen mit allen ihren objectiven und subjectiv quälenden Symptomen, so kann es sich unter allen Umständen nur um die möglicht schnelle Entlastung der Trommelhöhle auf künstlichem Wege handeln. Denn wenn wir überhaupt die weitere Verbreitung des bacteriellen Processes in die Tiefe und nam. in die Zellen des Warzenfortsatzes hindern können, so erreichen wir unser Ziel am Besten durch eine fortdauernd ungestörte Ableitung des Exsudats in den äusseren Gehörgang, wobei es nach Gradenigo und Brieger gleichzeitig «zu einer freieren Wirksamkeit der Exsudation kommt, welche ihrerseits zur Elimination der in die Gewebe gedrungenen Entzündungserreger nothwendig ist.» Mit einer dahin abzielenden möglichst breiten Incision des Trommelfells ist aber jede Gefahrlosigkeit für die weiteren Schicksale des Mittelohres und der Warzenzellen noch nicht besiegelt; denn mit dem Augenblick, wo wir eine Communication der Paukenhöhle mit dem äusseren Gehörgange vor uns haben, schaffen wir zugleich Bedingungen, welche der Einwanderung neuer Bacterien günstig sind. Aus diesem Grunde ist bereits vielfach und mit vollem Recht darauf hingewiesen worden, dass es gerade die noch immer geübten, in ihrem Nutzen zweifelhaften Instillationen und Spülungen sind, welche diese Gefahr in hohem Grade vermitteln, und die Erfahrungen, die man namentlich beim acuten Catarrh nach der Paracentese machen kann, dass nämlich das Exsudat alsbald den eitrigen Charakter annimmt, deuten wohl mit Sicherheit auf diesen Zusammenhang hin. Dass dies in der That so ist, bedarf auch keiner weiteren Beweise, nichts destoweniger glaube ich, dass die Gefahr einer Secundärinfection unter den für das Mittelohr veränderten Verhältnissen nicht allein in der Einschwemmung der Mikroorganismen zu suchen ist, welche den Wänden des Gehörganges anhaften, sondern auch von Seiten der Tube um ein vielfaches wachsen muss, wenn man bedenkt, wie leicht jetzt unter jeder Drucksteigerung im Rachenraum die ganze ins Mittelohr gepresste und je nach dem Füllungszustande desselben leicht verschiebliche Luftsäule zur Verschleppung infectiösen Materials auch von dieser Seite Veranlassung geben kann. Es ist dieses Moment, auf welches ich einen gewissen Nachdruck legen möchte, von einer nicht zu unterschätzenden Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass mit der Unterlassung der Spülungen noch nicht Alles erreicht ist um einen glatten, ungestörten Verlauf der Entzündung zu erzielen. Wenn man sich endlich vergegenwärtigt, dass die mit den Spülungen etwa bezweckte Desinfection oder Sterilisirung des Mittelohrraumes technisch zu den Unmöglichkeiten gehört, so werden wir Gradenigo[10]) und Brieger[11]) durchaus beipflichten müssen, welche zu einem im guten Sinne — indifferenten Verfahren nach der Paracentese mahnen «das sich im Wesentlichen auf die Fernhaltung neuer Schädlichkeiten von dem Endzündungsheerde beschränkt» So lange wir also über eine noch nicht einwandfreie Methode zur Behandlung der acuten Mittelohrentzündung verfügen werden wir uns mit diesem nicht gerade ermuthigenden Standpunkt begnügen müssen und das um so mehr, als gerade die Errungenschaften auf dem Gebiete der Aetiologie, dazu wie berufen schienen auch die Therapie in neue hoffnungsvolle Bahnen zu lenken.

Nun, m. H. auch dieser kritische Punkt wird überwunden werden! Wenn wir auf eine erfolgreiche Antiseptik und selbst auf die Spülungen und den Katheter wenigstens in ihrem früheren, unerlaubten Umfange verzichten sollen so bleibt uns zunächst Nichts anderes übrig, als es mit der Trockenbehandlung zu versuchen und dieses Verfahren, gegen welches die alte Tradition noch immer anzukämpfen sucht, methodisch auszugestalten Freilich kann es hierbei nicht genügen den Gehörgang ganz allein fortgesetzt trocken zu reinigen, sondern unser ganzes Streben muss gleichzeitig darauf gerichtet sein auch das Mittelohr in diesen steten Reinigungsprocess mit hineinzuziehen. Dieser Forderung, die wir unter den gegebenen Verhältnissen für die idealste halten müssen, hat Loewe[12]) in seiner «Neuen Verbandmethode fürs Ohr, 1888» Rechnung getragen, indem er uns mit einem Verfahren bekannt macht, das in der «selbstthätigen, immerwährenden Aufsaugung des in der Bildung begriffenen Secrets» liegt und so nicht allein die Paukenhöhle vom entzündlichen Exsudat fortgesetzt zu entlasten vermag, sondern dieselbe auch vor dem Rückfluss des im äusseren Gehörgange so leicht stagnirenden, an pyo- und phlogogenen Stoffen reichen Secretes zu schützen geeignet ist.

Indem ich es mir versagen muss auf die *Einzelheiten* dieses leider sehr umständlichen und zeitraubenden Verfahrens näher einzugehen, möchte ich nur in aller Kürze hervorheben, dass diese Aufsaugung durch einen Watteocclusionsverband erreicht wird, der innerhalb des äusseren Gehörganges unmittelbar vom perforirten Trommelfell beginnend, aus einem ganzen Mosaik kleiner Wattebäuschchen besteht, sich in der Höhlung der Ohrmuschel mit breiter Watteeinlage vervollständigt, um mit einer das Ganze fixirenden Bindentour zu enden. Durch diesen ein Mal in 24 Stunden zu erneuernden Verband wird eine Eiterretention sicher verhütet, während die Heilung in 3—4 Tagen in Aussicht steht.

Das klingt nun Alles recht gut und schön, doch so verlockend die Nachprüfung einer solchen in ihrem Princip gewiss richtigen Methode auch sein mag, so krankt sie doch noch an manchen Uebelständen und Nachtheilen, die ihrer praktischen Durchführbarkeit ernste Bedenken entgegensetzen. Denn ein Mal ist die Application und Technik dieses subtilen Saugapparats so mühsam, dass sie im besten Falle nur in der Hand des Specialisten wirksam gemacht werden kann, was die Methode aber auch hier zur Unmöglichkeit macht ist die mit ihr verknüpfte Dauer der Zeit, die Loewe auch nicht weniger als 20 Minuten für jeden Patienten schätzt. Auch ist mit der alleinigen Verwendung des Apparats bei nur dünnflüssigem Secret eine Beschränkung gegeben, welche sich bei allen eitrigen und doch überwiegenden Formen der Otitis sehr fühlbar macht, während der nur einmalige Verbandwechsel in 24 Stunden in Fällen massiger Secretbildung a priori ungenügend erscheinen muss. Zudem wird durch das immerhin feste Stopfen der Wattebäuschchen zu Anfang ein nicht unerheblicher Reiz und eine jedesmalige Retraction des Trommelfells gesetzt, die nur durch «forcirtes» täglich zu wiederholendes Politzern wieder zu beseitigen

[8]) Walb. 62. Vers. d. Naturf. u. Aerzt., Heidelberg. 1889
[9]) Monatssch. f. O. 1890 pag. 245.
[10]) A. f. O. Bd. XXXVIII.
[11]) loco cit.

[12]) L. Löwe. Vorläufige Mittheilung. M. f. O. XXII Nr 10 u. 11.

ist, ganz abgesehen davon, dass die Saugkraft im Falle einer Durchnässung des Verbandes, wie das beim Waschen geschehen kann, zum Schaden des Mittelohrs in umgekehrter Richtung wirksam zu werden im Stande ist.

Dass unter diesen Umständen eine so complicirte und die praktische Seite so wenig treffende Methode bei ihrem an und für sich guten Kern Modificationen hervorrufen muss, welche die vielen Uebelstände und Nachtheile zu beseitigen suchen, liegt auf der Hand und so glaube ich denn mit einer Methode, die in Bezug auf Zweckmässigkeit und Einfachheit allen Anforderungen genügt und sich mir durch eine ganze Reihe von Jahren aufs Beste bewährt hat, nicht länger zurückhalten zu müssen.

Ich verwende, statt der mühsam zu applicirenden Wattebäuschchen ein je nach Ausdehnung und Stärke des Gehörganges über einem Watteträger zu formendes Watteröhrchen, welches mit seinem glatt abgeschnittenen Ende auf die Trommelfellöffnung zu liegen kommt und dessen Saugkraft durch die in ihm vorhandene Höhlung in hohem Grade gesteigert ist.

In dieser Eigenschaft liegt auch der Unterschied meines Verfahrens mit der Verwendung der Maas'schen soliden Schnüre, deren Saugkraft einmal hinter dem des Watteröhrchens zurücksteht, während andrerseits die Einführung derselben bis ans Trommelfell so erschwert ist, dass es sich im besten Falle nur um Verhütung einer stärkeren Ansammlung von Exsudat im Gehörgange handeln kann, welchem alleinigen Zwecke sie übrigens auch dienen wollen. Aber gerade in der exact zu bewerkstelligenden Einführung des resistenteren Röhrchens, das ja vermöge seiner Höhlung vom Watteträger leicht gefasst werden kann, liegt der weitere Werth dieses Verfahrens. Ferner muss der eigens hierzu construirte Watteträger sich allmählich bis zu seinem abgestumpften Ende verjüngen, damit das fertige Röhrchen im Moment, wo es das Tromelfell berührt, leicht wieder abgestreift werden kann. Beiläufig misst derselbe am Ende 1 mm. in der Mitte 2 mm. und 3 mm. an dem Punkte, wo er bei einer Gesammtlänge von 10 Cm. zum ovalflachen Griffende anschwillt, das seinerseits noch $3^1/_2$ Cm. für sich in Anspruch nimmt.

Diese Wattedrainirung, die im Gegensatz zum Loewe'schen Verfahren einen anfangs sehr häufigen Wechsel verlangt und namentlich bei dünnflüssigmassigem Secret oft alle 5—10 Minuten nothwendig wird, liegt freilich so gut wie ganz in den Händen des Patienten selbst, ein Umstand der dem Verfahren einerseits zum Vortheil, anderseits zum Nachtheil gereichen kann. Hält man aber den Kranken dazu an sich jedes Mal vorher die Hände zu waschen und das bereits eitrige Röhrchen nicht mit der Hand, sondern mit dem Watteträger zu fassen und nur so einzuführen, so ist meiner vielfachen Erfahrung nach die Gefahr einer Secundärinfection um so weniger zu fürchten, als schon die Saugkraft genügt, um die eventuell an dem Röhrchen haftenden Keime in einer dem Mittelohr abgewandten Richtung unschädlich zu machen.

Die Vortheile dieser Methode gegenüber der Loewes sind aber leicht ersichtlich. Denn einmal verlangt die Herstellung und Application des Röhrchens bei einiger Vorübung nur eine geringe Zeit, die sich nach Secunden bemessen lässt, sodann ist aber die Handhabung der Methode, die sich nicht allein bei dünnflüssigem, sondern auch eitrigem Secrete bewährt, nicht nur dem Specialisten, sondern auch jedem Arzte und selbst dem Patienten ermöglicht und eine Reizung des Trommelfells oder gar eine Retraction desselben, die den Gebrauch des bei der acuten Otitis verpönten Katheters nothwendig machte, kommt ebensowenig in Betracht, wie das Tragen eines den Patienten belästigenden Verbandes, soweit er wenigstens von der Methode selbst abhängt. Statt dessen bringe ich zur Fixirung des Röhrchens einen kleinen Wattepfropf in der äusseren Oeffnung des Gehörganges an. Dass diese Wattedrainirung im besten Sinne des Wortes functionirt, davon kann man sich leicht überzeugen, wenn man experimenti causa eine Ausspülung vornimmt und dabei das Spritzwasser klar ablaufen sieht, dass sie aber deshalb unter allen Umständen im Stande wäre eine Eiterretention sicher zu verhüten, wie Löwe das auf Grund von nur 4 einschlägigen Fällen für seine Methode in Anspruch nehmen will, möchte ich nicht behaupten, um so mehr als die frühzeitige Verklebung oder Verwachsung des incidirten Trommelfelles von Gründen abhängen kann, die an und für sich nichts mit der Methode als solcher zu schaffen haben. Wenn Löwe endlich über die Beobachtung einer durchschnittlich nur 3—4 tägigen Krankheitsdauer verfügt, so sind die Resultate, wie ich sie unter Anwendung des Watteröhrchens erzielen konnte, freilich nicht annähernd so günstig. Ich habe Fälle erlebt, die in nur wenigen Tagen aber auch erst in Wochen zur Heilung kamen. Wer auf diesem Gebiete Erfahrung hat, wird aber zugeben müssen, von wie mannigfaltigen Gründen, auch constitutioneller Natur dies abhängig ist und dass eine fast unbemerkt verlaufende und geringe Mitaffection des Antrums schon genügen dürfte, um eine schnelle Heilung zu verzögern.

Hiernach ist der Gang, den die Therapie der Otitis media acuta zu nehmen hat, für mich vollkommen vorgezeichnet: In allen, für die beginnende Entzündung auch nur verdächtigen Fällen ist die Luftdouche und der Katheter verpönt. Statt dessen werden die Patienten veranlasst für freien Stuhlgang zu sorgen und sich warm zu halten. Setzen die Schmerzen ein, so werden warme Ohrbäder nach Tröltsch'scher Vorschrift gemacht, die ausser einem entsprechenden Zusatz von Opium, aus einer reizlosen, antiseptischen Flüssigkeit bestehen (Tinct Opii s. 1,0 : Aq. dest. 20,0). Diese Procedur erfolgt mehrmals etwa alle 10 Minuten. Ist die schmerzstillende Wirkung erreicht, was namentlich bei Kindern durch theilweise Resorption des Narcoticums aufs Prompteste geschieht, so verordne ich einen feuchtwarmen Umschlag auf's Ohr, welcher in den meisten Fällen, wenn gut applicirt, als besondere Wohlthat empfunden wird. Ist dies dagegen nicht der Fall und wird der Verband verweigert, so liegt der Verdacht auf Betheiligung des Warzenfortsatzes nahe, was sich dann öfters durch Druckschmerzhaftigkeit verräth. Unter diesen Umständen geben die Patienten fast ausnahmslos der Kälte den Vorzug und in der That wirkt der hinter dem Ohr applicirte Eisbeutel dann äusserst beruhigend. Sind alle Anzeichen für Secretstauung im Mittelohr vorhanden, so darf mit der Incision des Trommelfells nicht mehr gezögert werden, was aber unterbleibt ist die nachfolgende Luftdouche, eine Unterlassung, welche noch vor wenigen Jahren als Kunstfehler galt. Ebenso sehr hat der Patient seinerseits Alles zu meiden, was zur Drucksteigerung im Rachenraum führt, wie unzweckmässiges Schnäuzen, unnützes Drängen beim Stuhlgang und namentlich den beliebten Valsalva. Für die Luftdouche, der früher die Aufgabe zufiel in gewissen Zeiträumen das Mittelohrsecret gewaltsam zu entfernen, tritt nun die völlig reizlose, fortdauernd selbstthätige Wattedrainirung ein und mit dieser Methode fahre ich so lange fort, bis sich das Exsudat erschöpft hat und die Watteröhrchen ebenso trocken und rein entfernt werden können, wie sie eingeführt worden sind. Frühestens nach 14 Tagen ist die Luftdouche erlaubt und selbst geboten, wenn es sich darum handelt dem zögernden Gehör wieder aufhelfen zu müssen.

M. H. Ich möchte diese Betrachtungen, die ich bei den veränderten Anschauungen über die Aetiologie der acuten Mittelohrentzündung für durchaus zeitgemäss hielt nicht schliessen, ohne Ihnen ein kurzes Resumé über das Gesagte zu geben.

Wir wissen also heute, dass jede acute Otitis bacteriellen Ursprungs ist, ohne dass die Forschung uns eine scharfe Trennung der einzelnen Formen an die Hand gegeben hätte. Unsere Prophylaxis hat ihren entschiedenen Nutzen gezogen. Unsere Therapie ist in keine unmittelbar neuen Bahnen gedrängt worden, scheint es doch, dass ihr im Gegentheil eine Richtung bevorsteht, die anfangs nicht zu erwarten stand. Nichts destoweniger steht der Arzt vermöge seiner besseren Erkenntniss seiner Aufgabe zielbewusster gegenüber; er hat vor Allem gelernt maassvoller zu sein im Thun und ist maassvoller in der Beurtheilung seines Könnens geworden und sieht seine Aufgabe nicht mehr darin den Krankheitsprocess, der wie ein Stein ins Rollen gerathen ist, künstlich hemmen zu wollen, sondern verwendet im Gegentheil seine ganze Sorge darauf, Alles zu vermeiden, was den naturgemässen Ablauf desselben stören könnte.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Th. Rosenheim (Berlin). Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. Zweite Auflage 1896. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. Preis 14 Mk.

Die zweite Auflage der bereits bekannten Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens von Rosenheim bringt eine Reihe von Neuerungen, unter denen wir die moderne Bearbeitung der Oesophaguskrankheiten mit Freuden begrüssen, da eine solche in der Literatur bisher zu fehlen scheint. Was den Theil des Buches betrifft, der über den Magen handelt, so verdient hier die Besprechung der operativen Behandlungsmethoden und der Berieselung desselben besonderer Erwähnung. Eines der interessantesten Kapitel bildet auch die Besprechung der Gastroskopie. Sie ist begründet auf der vom Verf. gefundenen Thatsache, dass es in «über 80% aller Fälle ohne besondere Schwierigkeiten gelingt ein geradliniges starkes 12 Mm. dickes Rohr in Rückenlage des Patienten weit in den Magen hinein, oft bis zum Nabel und eventuell bis unter denselben einzuführen.»

Dieses Rohr, welches nur den äusseren Schutzapparat des Gastroskops bildet, enthält in seinem Inneren zwei weitere Röhren, die nicht nur den optischen Apparat — ein Fernrohr mit Prismen, sondern auch eine Glühlampe, einen Kühlapparat und eine Vorrichtung zur Zuführung von Luft behufs Klaffendmachung der Magenwände tragen. Das Gastroskop ist einer der sinnreichsten und kunstvollsten Gegenstände in dem ärztlichen Instrumentarium. Die Schwierigkeiten in der Beherrschung der Methode sollen nach dem Verf. keine allzugrossen sein; ebensowenig soll man den Grad der Belästigung dem die Kranken bei der Untersuchung ausgesetzt sind, überschätzen (?) Die Gastroskopie ist kein bequemes Verfahren und erheischt zeitraubende Vorbereitungen und grosse Uebung. Das treffliche Buch wird manche noch wenig bekannte Wahrheiten verbreiten, es giebt viel subjectives und originelles aus der Erfahrung des Verfassers und wird in seiner klaren Darstellung des Stoffes mit seinen therapeutischen Ausführungen vom Praktiker mit Vergnügen und Vortheil benutzt werden. K.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 23. August 1895.

Der Präses weist auf den Verlust hin, den die Gesellschaft durch den am 30. Juni a. c. in Kissingen erfolgten Tod ihres langjährigen Mitgliedes Dr. G. Weidenbaum erlitten und fordert die Anwesenden auf das Andenken des verstorbenen Collegen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Geschieht.)

Der Secretair verliest das Protokoll der in Folge Ablebens des Dr. Weidenbaum einberufenen ausserordentlichen Sitzung am 6. Juli a. c.

Der Secretair verliest das von der Medicinal-Verwaltung der Gesellschaft übersandte Schreiben betreffend Massnahmen zum Kampfe gegen die Syphilis in Russland.

Die Gesellschaft beschliesst eine Commission zur Ausarbeitung eines Registers der in dem Schreiben enthaltenen Punkte zu wählen und über das von der Commission ausgearbeitete Project in Discussion zu treten.

In die Commission werden die Herren Dr. Zoege von Manteuffel, Dr. Truhart, Dr. Ströhmberg und der Secretair gewählt.

z. Z. Secretair Kieseritzky.

Sitzung am 6. September 1895.

I. Dr. Koppel: Mittheilung über einen Fall von Actinomycose beim Menschen. (Wird in der St. Petersb. Medic. Wochenschrift veröffentlicht.)

II. Dr. Kieseritzky berichtet über zwei von ihm mit Aronson'schem Serum behandelte Diphteriefälle bei Kindern im Alter von 5 resp. 3 Jahren.

St. L. 3 a. n. kam am 30. Juni a. c. in Behandlung, nachdem er schon 2 Tage unwohl gewesen war und hat folgenden Befund: Die Uvula ist mit graugelben Belägen bedeckt, die rechte und linke Tonsille theilweise mit gleichen Belägen bedeckt, die hintere Rachenwand soweit sichtbar frei, Submaxillardrüsen beiderseits von Kastaniengrösse, schmerzhaft, die Stimme etwas heiser, unaufhörlicher Husten 38,1 P. 110. 10 Ccm. Aronson'sches Serum in beide Glutaealgegenden. Am 1. VII. Beläge haben sich ausgebreitet auf die Gaumenbögen, Tonsillen, hintere Rachenwand und Epiglottis. In der Nacht Crouphusten mit Ziehen 38,1, P. 120. 37,3 P. 120. 7 Ccm. Serum. Am 2. VII. Befinden besser, Membranfetzen ausgehustet. Submaxillardrüsen abgeschwollen, besonders links. 36,8—37,4 P. 114—120. Seitdem schreitet die Reconvalescenz schnell fort, so dass Pat. am 7. VII. geheilt entlassen werden konnte.

Der Bruder G. L. 5. a. n. kam ohne Fieber mit zwei bohnengrossen Belägen auf den Tonsillen in Behandlung. Nach Injection von 5 Ccm. Serum stiessen sich die Beläge am zweiten Tage ab, das Allgemeinbefinden stets ein gutes.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Sitzung am 20. September 1895.

Der Secretair verliest das Schreiben der Medicinal-Verwaltung betreffend die Betheiligung an der 100-jährigen Jennerfeier.

Die Gesellschafft beschliesst die Abstimmung auf die nächste Sitzung zu verlegen.

Prof. Dehio: Demonstration des Basch-Moritz'schen Phantoms des Blutkreislaufes.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Sitzung am 4. October 1895.

Die Gesellschaft beschliesst ein Exemplar der Jenner-Festschrift zu abonniren.

Dr. Fick hält seinen angekündigten Vortrag über Schädelfracturen mit Vorstellung eines Kranken.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Sitzung am 18. October 1895.

Dr. Zoege hält einen Vortrag über eine von ihm modificirte Ectropium Operation nach Knochencaries mit Vorstellung einer Kranken. (Wird in extenso veröffentlicht werden.)

Dr Fick: Vorstellung des am 4. October a. c. vorgestellten Patienten mit Schädelfractur. (Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.)

Sitzung am 1. November 1895.

Die von der Gesellschaft gewählte Commission in der Syphilisfrage verliest ihren Bericht betreffend Massnahmen zum Kampfe gegen die Syphilis. Entsprechend dem von der Medicinal-Verwaltung übersandten Programme werden die Punkte einzeln verlesen und discutirt.

In der Discussion wird die von der Commission empfohlene obligatorische Besichtigung der Studirenden in der vorgelegten Fassung nicht angenommen und Dr. Zoege ersucht den betr. Punkt einer Umarbeitung zu unterziehen.

Die von der Commission empfohlene strengere Controlle derjenigen Personen, die das rituelle Beschneiden ausführen, wird angenommen.

Dr. Zoege bittet die Collegen von ihnen behandelte Erkrankungen an Lues und Gonorrhoe bei Studirenden im Personal-Verzeichniss namentlich zu unterstreichen und ihm behufs Ausarbeitung einer Statistik einliefern zu wollen.

Dr. Lunz demonstrirt ein Aneurysma der Lungenarterie.

Dr. R. Holst wird als Mitglied proponirt.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Sitzung am 15. November.

Dr. Lunz referirt über drei von ihm beobachtete Fälle von tardiver Gonorrhoe, die dadurch zu Stande kommt, dass in Folge specifischer Infection die Glandulae Tysonii sich entzünden mit Bildung eines Bläschens an ihrer Ausmündung und erst durch Bersten des Bläschens secundär die Urethra specifisch inficirt wird.

Dr. Lunz demonstrirt das Präparat einer Einklemmung des unteren Ileumabschnittes im Anschluss an eine chronisch verlaufende Entzündung der Proc. vermiformis, die zur Bindegewebsbildung im periappendicitischen Gewebe geführt hatte.

Dr. Lunz demonstrirt einen Darm mit Thrombenbildung in den kleinen Gefässen. Vortr. führt dieselbe auf subcutane

Aetherinjectionen zurück, die Pat. intra vitam zahlreich bekommen hatte, und wofür auch Thrombenbildung im linken Arme, dem Ort der Injection spricht.

Dr. Lunz ein demonstrirt Präparat, bei welchem durch periphepatitische und peripancreatische Processe ein Ulcus ven triculi mit Tumorbildung vorgetäuscht werden konnte.

Dr. Zoege betont die Schwierigkeit der palpatorischen Diagnose der Magentumoren und demonstrirt im Anschluss einen von ihm operirten Magentumor, der bei der Palpation den Eindruck eines Magencarcinoms machte. Beim Durchschneiden des Präparates findet sich eine Verdickung der Muscularis am Pylorus, wahrscheinlich auf sarcomatöser Degeneration beruhend.

Dr. Kessler demonstrirt ein von ihm bei einem 10-jährigen Mädchen operirtes zwei Kinderfaustgrosses Papillom, dasselbe nahm die grossen Labien ein und hatte Ausläufer in der Urethra. Die Operation war eine glatte, wenig blutreich. Vortr. weist auf die grosse Seltenheit der Papillome an der Vulva im Kindesalter hin. (Der Fall wird in extenso veröffentlicht werden.)

In der Discussion weist Dr. Zoege auf die Hartnäckigkeit der Papillome in medicamentöser Beziehung hin und erwähnt, dass man ihre Entstehung nicht auf chemische Reize zurückführen könne wie die spitzen Condylome, welche durch die Einwirkung der verschiedensten Reize entstehen.

Dr. Lunz führt an, dass Papillome und Condylome, sowohl spitze wie breite durch Reize entstehen und bei vorhandener Praedisposition entweder zu einem Papillom oder Condylom führen können, demnach beide Formen in eine Gruppe gehörten.

Dr. Kessler betont, dass die Localität von Einfluss ist. Die Papillome an der äusseren Haut sind resistenter, gehören aber wohl pathologisch-anatomisch in dieselbe Klasse wie die Papillome.

Dr. Zoege meint, dass die Localität eine Rolle spiele, da die Papillome anders aussehen als die Condylome an denselben Stellen.

Dr. Zoege demonstrirt ein von ihm operirtes Sarcom der Vulva.

Als Mitglied wird Dr. R. Holst aufgenommen.

Der Präses verliest den Rechenschaftsbericht. Aus demselben geht hervor, dass die Gesellschaft zwei Ehrenmitglieder und 26 ordentliche Mitglieder zählt und im verflossenen Berichtsjahre 16 ordentliche und eine ausserordentliche Sitzung abgehalten hat.

In den Sitzungen sind 15 wissenschaftliche Vorträge und zwölf Demonstrationen von Kranken und Präparaten gehalten worden.

Bei den statutenmässigen Wahlen wird der Vorstand in seinem bisherigen Stande wiedergewählt: Präses Dr. Kessler, Cassaführer Dr. Hartge, Secretair Dr. Kieseritzky.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Sitzung am 6. December 1895.

Der Kassaführer Dr. Hartge verliest den Rechenschaftsbericht. Als Mitglieder werden aufgenommen Dr. Kramer und Dr. Gurwitsch.

Der Secretair verliest das Schreiben des Executiv-Comités des XII. Internationalen Congresses in Moskau.

Die Gesellschaft beschliesst die Ausgabe einer Festschrift zu subventioniren und zur Ausarbeitung der vorgelegten Fragen eine Commission bestehend aus den Herrn Dr. Otto, Dr. Jaesche und dem Secretairen zu wählen.

Die Festsetzung der nächsten Januarsitzung wird dem Präsidium überlassen.

z. Z. Secretair: Kieseritzky.

Vermischtes.

— Als Nachfolger des verabschiedeten Professors der Hygiene an der Moskauer Universität, Dr. Th. Erismann, welcher bereits nach Zürich übergesiedelt ist, soll der Jurjewsche Professor der Hygiene, Dr. S. Bubnow, ein früherer Assisten Erismann's in Aussicht genommen sein.

— Wie aus Moskau gemeldet wird, hat Prof. Sacharjin in Moskau die Facultätsvorlesungen über specielle Pathologie und Therapie eingestellt und sind dieselben dem ausserordentlichen Professor Dr. Peter Popow übertragen worden, der auch die Leitung der Terapeutischen Facultätsklinik übernommen hat. Prof. Sacharjin ist der Titel eines Ehrendirectors dieser Klinik verliehen worden und wird derselbe an Sonntagen Privatvorlesungen für Aerzte und Studenten halten.

— Am 30. December d. J. begeht der Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie sein 25-jähriges Jubiläum.

— Die interimistische Oberleitung der städtischen St. Panteleimon-Irrenanstalt bei der Station Udelnaja hat, nach dem Rücktritt Dr. Bashenow's, der Oberarzt der Irrenanstalt Nikolai des Wunderthäters Dr. Tschetschot übernommen.

— Verstorben: 1) In Tiflis der Consultant des dortigen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Alex. Alexejew, im 43. Lebensjahre. 2) Der Oberarzt des Archangelograd'schen Inf.-Reg. Dr. Alexander Kondyrew. 3) In Berlin der städtische Oberturnwart Stabsarzt Dr. med. Angerstein im 66. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, von Hause aus Arzt, wandte sich später dem Turnwesen zu und ist durch seine Schriften über das Turnen, namentlich sein «Theoretisches Handbuch für Turnen» und seine «Hausgymnastik» welche letztere in 7 Jahren 18 Auflagen erlebte, weit über die Grenzen Deutschlands bekannt geworden. 4) In Carlsbad, wo er sich zur Cur aufhielt, der Herausgeber der «Zeitschrift für sociale Medicin», Sanitätsrath Dr. Oldendorff (Berlin) am Schlage. Der Verstorbene war vielfach auf dem Gebiete der Medicinalstatistik thätig und bearbeitete dies Gebiet auch für die Eulenburg'sche Encyklopädie. Sein treffliches Werk «Grundzüge der ärztlichen Versicherungspraxis» ist von Dr. E. Moritz und Dr. J. Ugrjumow auch ins Russische übersetzt worden.

— Der Professor der Augenheilkunde Dr. Uhthoff in Marburg ist auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde der Universität Breslau an Stelle Prof. Förster's berufen worden, welcher wegen vorgerückten Alters in den Ruhestand tritt.

— Zum Director der chirurgischen Poliklinik in Leipzig wurde, an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Benno Schmidt der Privatdocent für Chirurgie, Stabsarzt Dr. Friedrich, ernannt.

— Ein sehr beschäftigter Arzt in Amiens, Dr. Fauvel, ist zum Priesterstande übergetreten.

— In Odessa hat am 5. September die feierliche Grundsteinlegung des Gebäudes für die neue medicinische Facultät auf dem Besimjanny-Platze in der Nähe der Universität stattgefunden.

— Der Zudrang zu den vom St. Petersburger Comité des «Rothen Kreuzes» eingerichteten Cursen zur Ausbildung von barmherzigen Schwestern ist ein recht grosser. Es haben sich 60 Personen zu dem am 2. October beginnenden Cursus angemeldet.

— Zum Besten der Leprakranken im Jakuten-Gebiet sind beim heil. Synod bis zum 1. September d. J. an freiwilligen Spenden gegen 22,000 Rbl. eingelaufen.

— Der bekannte Berliner Hygieniker und Bacteriologe Prof. Dr. Rob. Koch ist von der preussischen Regierung nach Memel gesandt worden, um an Ort und Stelle Erhebungen über die Verbreitung der Lepra im Memeler Kreise vorzunehmen und über die geeigneten Massregeln zu ihrer Bekämpfung sich zu unterrichten.

Der Congress der Landschaftsärzte des Gouvernements Smolensk hat beschlossen, bei der Gouvernements-Landschafts-Versammlung um die Aussetzung einer Prämie von 300—500 Rbl. für den besten Leitfaden über Schulhygiene für Volksschulen zu petitioniren Diese Prämie soll zu Ehren des verabschied. Professors Erismann dessen Namen tragen.

— Nach einer officiellen Zusammenstellung betrug im Jahre 1895 die Gesammtsumme der Ausgaben von den 34 Gouvernements Russlands, in welchen die Landschafts-Institutionen eingeführt sind, 65,880,741 Rubel; von dieser Summe wurden 17,767,000 Rbl. also gegen 27% für das Medicinalwesen verwandt.

— Die im Verlage von G. Thieme (Leipzig) unter der Redaction des vor Kurzem verstorbenen Dr. A. Oldendorff (Berlin) erscheinende «Zeitschrift für sociale Medicin» geht mit dem soeben herausgegebenen 6. Hefte wegen unzureichender Betheiligung ein.

— Die diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 16.—21. Sept. n. St. in Frankfurt a. Main tagte, hatte eine überaus grosse Zahl von Theilnehmern — über 3000 — zu verzeichnen, welche alle in der reichen und gastlichen alten Kaiserstadt eine glänzende Aufnahme fanden. Eine stattliche Zahl von Trägern berühmter Namen wie Virchow, Leyden, Gerhardt, Waldeyer hatte sich aus Deutschland eingefunden, aber auch das Ausland (Oesterreich, Frankreich, England, Italien, Russland u. a.) war auf dem Congress würdig vertreten. Die Kaiserin Friedrich beehrte den Congress mit ihrer Gegenwart und hatte sich als Theilnehmerin einzeichnen lassen. Der Eröffnung des Congresses ging voran die Grundsteinlegung zu dem Denkmal für den berühmten Frankfurter Arzt Thomas von Sömmering († 1830), der sich nicht allein als Anatom und Physiolog, sondern auch als Erfinder des elektrischen Telegraphen einen weltgesichtlichen Namen gemacht hat.

Einen ausführlicheren Bericht über den Congress bringen wir nächstens.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. Sept. d. J. 7241 (144 mehr als in d. Vorw.), darunter 1021 Typhus — (50 mehr), 800 Syphilis — (34 mehr), 101 Scharlach — (10 mehr), 89 Diphtherie — (23 mehr), 11 Masern — (2 mehr) und 22 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. September 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
314	213	527	84	33	81	13	12	18	58	56	42	43	54	25	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 2, Scharlach 10, Diphtherie 19. Croup 4, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 52, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 1. October 1896.

Tagesordnung: Dr. Anders: Ueber die Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. September 1896.

Довв. ценз. Спб. 20 Сентября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.— Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 39 St. Petersburg, (10. November) 28. September 1896

Druckfehlerberichtigung.

In der Arbeit des Herrn R. Otto «Zeitgemässe Betrachtungen zur Aetiologie und Therapie der acuten Mittelohrentzündungen» (№ 38 dieser Wochenschrift) muss es heissen:

pag. 340, 2 Sp.	Z. 37	von o.	statt	Hewlik—Hewlit,
» 341, 2 »	» 19	» »	»	Insult—Inhalt,
» 342, 2 »	» 12	» u.	»	auch—auf,
» 343, 1 »	» 19	» »	»	eitrige—fertige,
» 343, 2 »	» 32	» »	»	Aq. dest.—Aq. borica.

Ergänzende Bemerkungen zum Kampfe gegen die Lues [1]).

Von

Dr. C. Ströhmberg.

(Vortrag auf dem VIII. Livl. Aerztetage zu Wenden.)

Die Ueberzeugung, dass durch die Erkenntniss der Mängel in der bestehenden Regelung der Prostitution und durch eine zweckmässige Reorganisation der bestehenden Controle, eine bedeutende Einschränkung der Verbreitung der venerischen Krankheiten zu erreichen sein muss, giebt mir den Muth in Folgendem meine Anschauungen über die bestehenden Mängel der Controle der Prostitution und die zu ergreifenden Massregeln vor der Versammlung des 8. livländischen Aerztetages zu entwickeln.

Bei uns zu Lande ist die Controle der Prostitution nach den Circulären des Ministeriums des Innern vom Jahre 1844, und den Regeln des Rigaschen polizeiärztlichen Comités vom Jahre 1854, mit Abänderungen vom Jahre 1894 geregelt. Diese Abänderungen beseitigen die Mängel, welche ich in Folgendem berühren werde, nicht.

1) c. f. die Verhandlungen des VII. Livl. Aerztetages. St. Peterburger medic. Wochenschr. 1896, Nr. 7.

Im Jahre 1851 ist das Ministerium des Innern noch der Ansicht, dass die Wirksamkeit der im Jahre 1844 erlassenen Instructionen durch die Erfahrung bewiesen sei. Aber schon im Jahre 1860 wird von demselben Ministerium constatirt, dass, obgleich an allen Orten die vorgeschriebene Controle der Prostitution eingeführt worden sei, die Syphilis nicht aufhöre, sondern im Gegentheil sich sowohl in allen Städten weiter ausbreite, als auch nicht minder in den Dörfern der durch Industrie und Handel sich auszeichnenden Gouvernements, wie unter Anderem auch in den baltischen Gouvernements. Wir wissen ja aus den Arbeiten unseres Aerztetages welche Verbreitung die Syphilis in unserem Gouvernement bis jetzt noch aufzuweisen hat.

In einem Circulaire des Ministeriums des Innern vom Jahre 1860 werden für diese traurige Erscheinung folgende Gründe angeführt:

1) Die geheime Prostitution,

2) Die Heimkehr inficirter Arbeiter aus den industriellen Centren.

3) Der Durchmarsch von Militär und die Heimkehr entlassener Soldaten.

Der öffentlichen Prostitution geschieht in dem Circulaire des Ministeriums des Innern keine Erwähnung.

Ohne Zweifel inficirt aber die öffentliche Prostitution, welche dem Ankömmling zugänglicher ist, als die geheime, sehr oft ihre Besucher, unter diesen auch Arbeiter und Soldaten, und trägt sicherlich viel mehr zur Verbreitung der venerischen Krankheiten bei als die Letztere.

Die unter beständiger ärztlicher Controle stehenden Soldaten tragen heut zu Tage jedenfalls nur ausnahmsweise zur Verbreitung der Syphilis auf dem flachen Lande bei, da das Militairressort die Möglichkeit hat die syphilitischen Soldaten oft und genügend lange in den Militairanstalten zu behandeln.

Die venerischen Arbeiter, welche entweder die Bedeutung ihrer Krankheit unterschätzen oder dieselbe wissentlich verheimlichen, könnten schon etwas mehr zur

Verbreitung der venerischen Krankheiten beitragen. Jedoch im Vergleiche mit der geheimen und öffentlichen Prostitution darf ihnen nur eine geringe Bedeutung bei der Verbreitung der venerischen Krankheiten zur Last gelegt werden.

Ein verhängnissvoller Irrthum ist es, zu glauben, dass die Controle der Prostitution nach den Vorschriften der gegenwärtig bestehenden Reglements die öffentliche Prostitution, in Bezug auf die Verbreitung von Syphilis und Tripper, ungefährlich machen könnte.

Vorausgesetzt, dass die ärztliche Besichtigung der Prostituirten überall und stets unter Bedingungen ausgeführt werde, die eine genaue Untersuchung ermöglichen, mit vollkommener Sachkenntniss und so erfolgreich, dass nicht die mindesten Krankheitssymptome dem Arzte entgehen, so würden eine solche Besichtigung und die Beförderung der krank Befundenen ins Hospital doch nicht eine Garantie der Ungefährlichkeit der Besichtigten bieten.

Auf diese Weise könnte mit Sicherheit nur die Infection mit weichem Schanker, jedoch nicht die mit Syphilis und Tripper verhindert werden.

Solches ist bedingt durch den Charakter der Syphilis und des Trippers.

Die Syphilis ist während des ganzen condylomatösen Stadiums infectiös, d. h. im Verlaufe mindestens dreier Jahre nach der Acquisition derselben, sogar bei Abwesenheit von Symptomen am Körper der Kranken, die den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden zugänglich wären.

Der Tripper hat eine ausgesprochene Neigung chronisch zu werden: Seine Symptome schwinden zeitweilig für die uns gegenwärtig zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, um unter gewissen Umständen, besonders aber unter dem Einfluss eines unregelmässigen Lebens, auf's Neue aufzuflackern.

Aus diesen Gründen kann durch eine nach den bestehenden Regeln ausgeführte ärztliche Untersuchung der Prostituirten derjenige, welcher sie aufsucht, nicht mit Sicherheit vor der Infection mit Syphilis und Tripper geschützt werden, selbst bei der unbegründeten Voraussetzung, dass einer solchen Untersuchung minime Zeichen jener Erkrankungen nicht entgehen können.

Abgesehen von den bei jeder wissenschaftlichen Untersuchung unvermeidlichen Beobachtungsfehlern, welche das Resultat einer einzelnen Untersuchung illusorisch machen können, sind in den meisten gegenwärtig bestehenden Reglements über die Controle der Prostitution zwei Zugeständnisse enthalten, welche die Zuverlässigkeit der Beobachtungen wesentlich schädigen. Zunächst das unberechtigte Zugeständniss der Besichtigung der Prostituirten in den Bordellen und den Privatquartieren derselben, ferner die Erhebung einer Zahlung von den Prostituirten zu Gunsten der Aerzte, die als Beamte des Staates oder der Gesellschaft obligatorische, vom Staate decretirte Besichtigungen an Personen auszuführen haben, welche sich denselben unweigerlich fügen müssen.

Die Besichtigungen in den Privatquartieren der Prostituirten sind nicht zu dulden, weil zur Erkennung der weniger ausgesprochenen Erscheinungen des Trippers und der Syphilis, Locale mit besonders guter Beleuchtung und mit Vorrichtungen erforderlich sind, welche nicht in Bordellen und um so weniger in den Privatquartieren der Prostituirten zu erwarten sind. Wer es ausserdem für wünschenswerth hält, dass die Besichtigungslocale der Prostituirten mit Allem ausgestattet seien, was zu ihrer ambulatorischen Behandlung erforderlich ist, von welcher ich noch werde sprechen müssen, der muss die Besichtigung in den Privatquartieren und den Bordellen für unmöglich erklären, oder zum mindesten für ungeeignet zur Erreichung des erwünschten Zweckes.

Die Honorirung der im Staatsdienste stehenden Aerzte seitens der Prostituirten für Besichtigungen, die vom Staate vorgeschrieben sind, entspricht nicht dem Geiste der bestehenden Gesetze, ist des Staates unwürdig, entspricht nicht der ärztlichen Ethik und erniedrigt die medicinische Wissenschaft in der Person ihrer Vertreter. Derartige Geldberechnungen zwischen Prostituirten und Aerzten sind dem wissenschaftlichen Wesen der Besichtigungen zuwider, geben denselben den Charakter eines commerciellen Unternehmens und müssen das Vertrauen zum Resultate der Besichtigung wesentlich erschüttern.

Die Erfolglosigkeit der ärztlichen Controle der Prostitution hat ausser anderen Gründen, welche nichts mit der öffentlichen Hygiene gemein haben, in vielen Staaten Europas den Anlass zu bedeutenden Schwankungen in der Beaufsichtigung der Prostitution Veranlassung gegeben. Die strengsten Massregeln wechseln oft mit einem vollständigen Indifferentismus ab.

Im Laufe der letzten 50 Jahre wurde in Russland ernstlich und nachdrücklich die Controle der Prostitution nach den bestehenden Regeln gehandhabt; nichts destoweniger entwickeln und verbreiten sich die venerischen Krankheiten mit der früheren Intensität. Daran ist der Umstand schuld, dass die gehandhabten Massregeln nicht mit dem Character der Syphilis und des Trippers rechnen, und dass sie durch die erwähnten zwei Zugeständnisse in ihrer Wirkung abgeschwächt werden.

Um das möglichst Beste zu erreichen, hat man trotz der bisherigen Misserfolge, welche immerhin scheinbare sein könnten, mit der früheren Consequenz auf der sanitären Controle zu bestehen, indem man das Reglement der Controle den von mir im Vorhergehenden erörterten Gesichtspunkten anpasst, ohne indessen davon eine vollständige Ungefährlichkeit der öffentlichen Prostitution zu erwarten, deren Gefährlichkeit für die Gesellschaft immerhin wesentlich gemindert werden könnte.

Auf Grund der erwähnten Eigenthümlichkeiten der Syphilis und des Trippers, könnte man vom theoretischen Standpunkte aus eine Isolirung der syphilitischen und gonorrhoischen Frauenzimmer durch Internirung in Anstalten, behufs Behandlung während der gefährlichen Jahre, auf Kosten des Staates fordern.

Eine derartige kategorische und zudem ökonomisch unausführbare Massregel würde sämmtliche mit venerischen Krankheiten behaftete Frauenzimmer dazu veranlassen, sich sorgfältiger als gegenwärtig der sanitären Controle zu entziehen und somit zu einer noch heftigeren Verbreitung der venerischen Krankheiten beitragen. Es ist ganz natürlich, dass ein krankes Frauenzimmer mit erkennbaren Zeichen der Krankheit entweder sich gern der unentgeltlichen Behandlung unterzieht, oder aber in der Mehrzahl der Fälle geneigt ist die Nothwendigkeit der Hospitalbehandlung anzuerkennen.

Andererseits wird ein Frauenzimmer ohne sichtbare Zeichen der Lues und des Trippers die Internirung im Krankenhause als eine ungerechtfertigte Beeinträchtigung ihrer Freiheit ansehen, um so mehr als die Internirung nur sie betrifft und nicht die grosse Anzahl sonstiger Venerischer.

In Uebereinstimmung mit den soeben dargelegten Auseinandersetzungen müssen folgende Massregeln zur Verminderung der Gefährlichkeit der Prostitution gefordert werden

Vor allen Dingen ist dafür zu sorgen, dass eine gewisse Kenntniss des Charakters der venerischen Krankheiten unter der Bevölkerung verbreitet werde, — besonders der vorhererwähnte Charakter der Syphilis und des Trippers, nicht minder die Thatsache, dass ein mit Syphilis Inficirter nicht zum zweiten Mal inficirt werden kann; nicht unwesentlich ist es, dass die Bevölkerung davon in Kenntniss gesetzt werde, dass bei ausschwei-

fenden Frauenzimmern der Tripper trotz jeglicher Behandlung chronisch werden, und unter dem Einfluss ihrer Lebensweise viele Jahre unter unbedeutenden und nichts desto weniger ansteckenden Erscheinungen andauern kann und dass diese Krankheit in sehr vielen Fällen eine für das ganze Leben dauernde schädliche Beeinflussung der Gesundheit bedingt. Durch derartige Kenntnisse würde vor Allem das nicht nur in der ungebildeten sondern auch in der gebildeten Gesellschaft verbreitete Vorurtheil beseitigt werden, dass eine ärztlich besichtigte Prostituirte ungefährlich sei betreffs Verbreitung von Syphilis und Tripper.

Die Bekanntschaft mit diesen Thatsachen ist hauptsächlich erforderlich für die Beamten der Administration und der Polizei von den Höchsten bis zu den Niedrigsten, für die Vorgesetzten des Militärs, die Leiter höherer Lehranstalten u. s. w. besonders aber für alle Personen, welche die Möglichkeit haben, diese nützlichen Kenntnisse unter der Bevölkerung zu verbreiten.

Die Verbreitung derartiger Kenntnisse im Volke ist unzweifelhaft zu erreichen, wenn auch mit einem gewissen Zeitaufwand.

Jedenfalls hat die ärztliche Controle der Prostitution, welche mit der bisherigen Strenge und Consequenz durchzuführen ist, mit den gegebenen Thatsachen zu rechnen.

Dieser Controle haben wie bisher alle diejenigen Frauenzimmer zu unterliegen, welche der Prostitution ihren Lebensunterhalt verdanken und daher von der Polizei behufs ärztlicher Controle zu registriren sind.

Für die Controle der Gesundheit der Prostituirten sind zweckmässig eingerichtete, genügend helle Locale erforderlich, die mit allen zeitgemässen zur Untersuchung und ambulatorischen Behandlung der Prostituirten erforderlichen Einrichtungen versehen sein müssen. Zu den Besichtigungen, die einen rein wissenschaftlich-klinischen Character haben müssen, haben alle Prostituirte ohne Ausnahme zu erscheinen, die ordinären wie auch diejenigen, welche den äusseren Anstand zu bewahren verstehen. Zur Erhaltung des Restes ihres Schamgefühls sollen sie zu anderen Stunden als das Gros der Prostituirten vorgenommen werden, selbstverständlich unentgeltlich wie überhaupt jede Prostituirte.

Anmerkung: Die beschwerliche, ausserordentlich unangenehme und zugleich verantwortungsvolle bei der ärztlichen Besichtigung der Prostituirten unvermeidliche Mühewaltung muss von der Regierung oder der Commune genügend honorirt werden. Die Honorirung der Aerzte kann unter keiner Bedingung den Prostituirten zugemuthet werden, da ein commercielles Uebereinkommen mit denselben des Staates, wie nicht minder des ärztlichen Standes, unwürdig ist.

Die Bestimmung, wie oft jede einzelne Prostituirte zur Besichtigung zu erscheinen hat, kann nur vom Arzte abhängig sein, da er besser als jeder Andere die Individualität der Prostituirten, sowohl in Bezug auf ihren Gesundheitszustand als auch in Bezug auf ihre psychischen Eigenthümlichkeiten beurtheilen kann.

Die Vermerke des Arztes in den Büchlein oder Billeten der Prostituirten müssen seinem thatsächlichen Urtheile über den Gesundheitszustand der Prostituirten genau entsprechen. Aus diesem Grunde ist der Vermerk «gesund» einzig und allein in den Fällen zulässig, in denen der Arzt genau weiss, dass die betreffende Prostituirte in den letzten Jahren nicht an Tripper gelitten hat und dass sie sich nicht im Latenzstadium der Syphilis befindet. Augenscheinlich kann bei einer derartigen Auffassung der ärztlichen Pflicht das Certificat «Gesund» nur höchst selten ausgestellt werden. In allen anderen Fällen wird die Thatsache der stattgehabten Besichtigung durch das Certificat «Besichtigt» («осмотрѣна») zu verzeichnen sein, was zu bedeuten hat, dass bei der Besichtigung keine manifesten Erscheinungen einer venerischen Krankheit gefunden worden sind.

In Anbetracht der bereits besprochenen Eigenthümlichkeiten der Syphilis und Gonorrhoe müssen die sanitären Büchlein und Billete an sichtbarer Stelle mit einem Vermerk über das Jahr versehen sein, in welchem die Infection mit Syphilis erfolgte, und wann die Gonorrhoe bemerkt wurde. In zweckmässiger Weise finden diese letzteren Vermerke ihren Platz unter der Photographie der Prostituirten, welche auf der inneren Seite des vorderen Buchdeckels aufgeklebt ist.

Die Photographie mit den Vermerken über das Jahr der Syphilis- und Tripperinfection in den Büchlein der Prostituirten, würde das Austauschen der Büchlein unter den Prostituirten verhindern, würde dem Resultate der ärztlichen Beobachtung einen genauen Ausdruck verleihen und würde unter Umständen als sicherste Warnung für solche Besucher der Prostituirten dienen, welche sich über deren Gesundheitszustand zu orientiren wünschen; ausserdem könnte sie dem Arzte bei der Besichtigung einer angereisten Prostituirten erwünschte Hinweise auf die erforderlichen ärztlichen Massnahmen geben. Zur Erreichung des letzten Zweckes wäre die Anordnung erforderlich, dass jede Prostituirte beim Verreisen verpflichtet ist, ihr Büchlein mit sich zu führen.

Prostituirte, an welchen während der Besichtigung Symptome einer venerischen Krankheit gefunden werden, unterliegen unbedingt der Beförderung ins Hospital zur stationären Behandlung.

Die Prostituirten, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, ohne an ihrem Körper manifeste Symptome zu haben, sollten ambulatorisch behandelt werden; denn man kann mit gutem Rechte annehmen, dass diejenigen Mittel, unter deren Gebrauch die manifesten Symptome des condylomatösen Stadiums schwinden, auch auf den latenten Krankheitsprocess derartig einwirken, dass die Infectiosität des kranken Individuums vermindert oder gar aufgehoben wird. Zur ambulatorischen Behandlung eignen sich sehr gut parenchymatöse Einspritzungen der unlöslichen Quecksilberpräparate in grossen Dosen, die im ersten Jahre nach der Infection häufiger, in den 2 weiteren Jahren seltener anzuwenden wären. Am zweckmässigsten erscheint es, die ambulatorische Behandlung in den Besichtigungslocalen selbst vorzunehmen, wesshalb in diesen Localen genaue Daten über die an jeder Prostituirten vorgenommenen therapeutischen Massnahmen vorhanden sein müssen. Aus diesem Grunde ist es wünschenswerth, dass die Besichtigungslocale zu den Krankenhäusern gehören und sich unter unmittelbarer Leitung der Oberärzte derselben befinden. So wäre es leicht Daten darüber zur Hand zu haben, wie viele Einreibungen, parenchymatöse Injectionen Jede erhalten hat. Bei der Uebersiedelung der Prostituirten aus einer Stadt in die andere wäre es nützlich sie mit diesen Daten zu versehen in Form eines besonderen Zettels, welchen sie dem besichtigenden Arzte am neuen Wohnorte auf Verlangen vorzuweisen hätte.

Nicht weniger wichtig erscheint die im Besichtigungslocale auszuführende ambulatorische Behandlung der gonorrhoischen Prostituirten mindestens im Laufe einiger Wochen, nachdem sie aus dem Hospitale entlassen worden sind, mit Desinfection der Scheide, des Cervicalcanals und der Urethra, je nachdem welcher dieser Theile hauptsächlich Sitz der Gonorrhoe war.

Diese ambulatorische Behandlung wird natürlich um so erfolgreicher sein, je genauer der besichtigende Arzt mit der Individualität und der Anamnese der Prostituirten bekannt ist, was am ehesten erreicht wird, so bald ein und derselbe Arzt mit der Besichtigung und

der unentgeltlichen Behandlung der venerischen Krankheiten der Prostituirten zu thun hat.

Die Ambulatorien welche nicht nur sanitätsärztlich sondern auch in der besprochenen Weise therapeutisch thätig sind, können mit mehr Erfolg gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten ankämpfen, als die bis jetzt bestehenden mit ausschliesslich polizeilichem Character.

Daher müssen sie auch mit allem Erforderlichen zur wissenschaftlichen Beobachtung und ambulatorischen Behandlung der venerischen Prostituirten ausgestattet sein.

Zum Schlusse noch ein par Worte über die Nutzanwendung der soeben entwickelten Gedanken zur Unschädlichmachung der Bordelle.

Alle bestehenden Instructionen scheinen die Bordelle zu solchen Instituten gestalten zu wollen, welche eine grössere Garantie gegen die venerischen Infectionen bieten sollen, als die sonstigen Gelegenheiten zur ausserehelichen Befriedigung des Geschlechtstriebes.

Sind die in diesem Vortrage ausgesprochenen Behauptungen richtig, so kann eine grössere Unschädlichkeit der Bordelle als bisher nur dadurch erreicht werden, dass in dieselben Frauenzimmer, welche sich im condylomatösen Stadium der Syphilis befinden, oder aber wiederholt an Zeichen des chronischen Trippers gelitten haben, nicht aufgenommen werden dürfen.

Wenn die geäusserten Wünsche bezüglich der Reorganisation der sanitären Controle der Prostitution auch den Aerzten eine grössere Mühe auferlegen als der bisherige Modus, so werden sie gewiss andererseits dazu beitragen erfolgreicher den Kampf gegen die Lues zu führen, als es bisher der Fall war.

Referate.

S. Weir Mitchell: «Ueber die ungewöhlichen Wirkungen der Brompraeparate.» (Therap. Wochensch. Nr. 35. 1896.)

Verf. hat oftmals Gelegenheit gehabt zu beobachten, dass Brompräparate bei gewöhnlichem oder übermässigem Gebrauch oft Symptome hervorrufen, die man geneigt sein könnte anderen Ursachen zuzuschreiben, falls sie einem nicht geläufig sind. So könnten die Prodromal- oder Folgeerscheinungen der epileptischen Anfälle durch Bromgebrauch eine Steigerung erleiden bei gleichzeitigem Seltenerwerden der Anfälle selbst. Ebenso ist während der Menstruation die Curve der Reizbarkeit oder psychischen Depression bei epileptischen Frauen, die Brom nehmen, häufig gesteigert. Auf das Hirn einwirkende äussere oder innere Traumen können höchst unangenehme Nebenwirkungen der Brompräparate auslösen, indem sie Uebellaunigkeit, Neigung zu Selbstmord oder Mord, vorübergehende Sinnesverwirrung hervorrufen. In manchen Fällen treten bereits nach der üblichen Dosis von Bromiden geistige Depression, schwere Melancholie ein. Doch sei unter allen durch Brompräparate hervorgerufenen psychischen Symptomen blos die Reizbarkeit häufig, die anderen dagegen sehr selten. Die meisten Menschen vertragen jedoch Brom ohne andere Nebenwirkungen zu erleiden, als Acne, Hautröthung und allenfalls gesteigerte Diurese. Auch wirken je nach der Individualität bei dem einen schon geringe Mengen des Broms schädlich, während das bei anderen erst nach grossen Dosen eintritt.

Zu den frühzeitigeren Symptomen bei excessivem Bromgebrauch gehöre die Neigung zur Ptosis. Dann entwickelt sich progressive Parese der Extremitäten, Verlust der Gehfähigkeit. Die Wirbelsäulenmuskeln können mitergriffen werden und dem Patienten fällt es schwer aufrecht zu sitzen. Die Pupillen sind mässig erweitert. Von Seiten der Intelligenz besteht Gedächtnisschwäche, Schwierigkeit die Aufmersamkeit auf irgend etwas zu lenken, Stumpfsinn, schliesslich ein an gewisse besondere Formen der Imbecillität erinnerder Geisteszustand.

Nach dem Aussetzen des Mittels pflegen nun diese Erscheinungen, mögen sie auch schwerer Natur sein, gewöhnlich ganz zu verschwinden. Aus dem Grunde ist auch, erkennt man die Ursache, eine Prognose in derartigen Fällen eine gute.

Hecker.

Dr. Hans Koschella. «Ueber die Todesursachen bei croupöser Pneumonie. — Münchener Medicinische Abhandlungen.» Erste Reihe. 23 Heft. Verlag von J. F. Lehmann. 1895. Preis 1 Mark.

Die Todesursachen bei croupöser Pneumonie sind bereits mehrfach Gegenstand von Discussionen und Abhandlungen gewesen. Verf hat sich nun gleichfalls an diese lohnende Arbeit gemacht, zumal eine Erörterung dieser Frage vollkommen gerechtfertigt erscheint: verdient ja dieser Gegenstand das Interesse eines jeden praktischen Arztes. Auch in therapeutischer Hinsicht wird es zunächst bei der croupösen Pneumonie nothwendig sein die indicatio vitalis als vornehmsten Gesichtspunkt bestehen zu lassen, so lange wir nicht im Stande sind eine beginnende Pneumonie aufzuhalten oder gar die Menschen davor zu immunisiren. Koschella hat zu diesem Zwecke 97 Sectionsergebnisse von pneumonia crouposa tabellarisch zusammengestellt und knüpft daran seine Betrachtungen. Sämmtliche Fälle sind in 3 Tabellen geordnet worden, je nach der Grösse der Differenz zwischen normalem und pathologischen Lungengewicht, wodurch die Abstufungen in der Intensität der Localerkrankung wohl am besten zur Anschauung gebracht werden dürften. Da das Exsudat aus dem Blute stammt, sein Gewicht somit einem etwa gleichen Gewichtsverlust der Gesammtblutmenge entsprechen würde, hat Verfasser dem Blutgehalt des Organismus besondere Beachtung geschenkt. Alsdann ist dem Zustande des Herzens in den einzelnen Fällen besondere Aufmerksamkeit gewidmet worden, da auf diesen Umstand bereits von verschiedenen Autoren hingewiesen worden ist. In den Tabellen finden noch Erwähnung die Komplicationen, welche vermuthlich auf derselben Infection wie die croupöse Pneumonie beruhen, anderartige Krankheiten und das Verhalten der Milz.

Wie es auch Koschella späterhin in seiner Arbeit erwähnt, ist aus den Tabellen ersichtlich, dass man ausgedehntere Localerkrankungen bei den tödtlich verlaufenden Fällen von Pneumonie am häufigsten findet. Für weniger widerstandsfähige, alte oder schlecht genährte Individuen ist auch eine wenig ausgedehnte Pneumonie eine sehr ernste Erkrankung. Je grösser das Exsudat, desto ausgesprochener, desto constanter die Herabsetzung der Blutmenge und allgemeine Anaemie. Am Herzen waren nun Befunde vorhanden, welche für vorliegende Arbeit die wichtigsten Anhaltspunkte gaben. In der Mehrzahl der Fälle sah man am Herzen Veränderungen, theils älteren Datums, theils aber solche, die als terminale Erscheinungen gedeutet werden konnten. Der rechte Ventrikel war in 60 Fällen dilatirt, mit Fibrin und Cruormasse angefüllt, der linke Ventrikel war fast stets leer.

Auf letztere Befunde sich stützend gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

I. Der Tod bei Pneumonikern tritt bei weitem am häufigsten infolge von Herzinsufficienz ein. Bei jeder Pneumonie sind die Anforderungen an die Arbeit des Herzens, vorzüglich seines rechten Abschnitts vermehrt, die Ernährungsverhältnisse sind nun aber auch im Myocard, ebenso wie im ganzen Organismus sehr stark herhabgesetzt, einer hochgradigen Anaemie wegen, wie oben erwähnt.

II. Der Tod bei Pneumonikern tritt ein in Folge von Komplicationen. Von diesen dürften wohl eine fibrinöse Pleuritis, welche die Athmung etwas beeinflusst, und ebenso die Erkrankungen der Leber und Niere, welche meist in trüber Schwellung bestehen, ziemlich belanglos sein. Dagegen könnten Pleuritiden mit grösserem Erguss in die Pleurahöhlen, dann vor allem die Pericarditis und Meningitis von den schwersten Folgeerscheinungen begleitet sein.

III. Der Tod bei Pneumonikern erfolgt wahrscheinlich unmittelbar durch Intoxication mit den Stoffwechselprodukten der Mikroorganismen. Zu diesen Fällen gehören diejenigen Formen von Pneumonie, welche man als biliöse, asthenische, und typhöse bezeichnet.

Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Nersess Umikoff: Zur differenziellen chemischen Reaction der Frauen- und Kuhmilch und über die Bestimmung der Lactationsdauer der Frauenbrust. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. XLII, 3. und 4. Heft.

Beim Studium über die Einwirkung des Ammoniaks auf die Milchkügelchen bemerkte U. eine interessante Erscheinung, die Frauenmilch nahm beim Stehenlassen mit Ammoniak stets eine roth-violette Farbe an, während die Kuhmilch nie solch eine Verfärbung zeigte. Zur Reaction nahm Verf. 5 ccm. der zu untersuchenden Milch und fügte 2,5 ccm. einer 10%-igen

Ammoniaklösung hinzu, erwärmte die Mischung auf dem Wasserbade bis 60° C. 15—20 Minuten lang. Das Erwärmen beschleunigt das Erscheinen der Reaction, bei gewöhnlicher Temperatur tritt die Reaction viel langsamer ein. Verf. fand ferner, dass die Intensität der roth-violetten Farbe der Frauenmilch direct proportional der Ammoniakmenge ist; bei 0,1 ccm. Ammoniak auf 5 ccm. Milch wird die Farbe rosa, bei gleichem Volumen Milch und Ammoniak intensiv violett. Die geringste Menge Ammoniak, welche im Stande ist eine blassviolette Verfärbung der Milch hervorzurufen, ist ein Tropfen einer 10%-igen Ammoniaklösung auf 5 ccm. Milch. Die allergünstigste Temperatur für das Erscheinen der roth-violetten Reaction ist nach Verf. 60° C.; weder starkes Abkühlen noch langdauerndes Kochen können die erwähnte Tinctionsfähigkeit der Frauenmilch vernichten, ebenso wenig hat ein langdauerndes Stehen der Milch einen Einfluss auf das Zustandekommen der Reaction, selbst Milch, welche 10 Tage lang aufbewahrt worden war, gab, der Probe mit Ammoniak unterzogen, die charakteristische roth-violette Farbe. Verf. prüfte ferner, ob Zusatz von verschiedenen Substanzen die Tinctionsfähigkeit vernichten könne und fand, dass Chlornatrium, kohlensaures Natron, schwefelsaures Natron, Aetzbaryt ganz indifferent sich verhalten, dagegen vernichtet Chlorammonium die Reaction völlig; Zusatz von Weingeist bis zu 2 Volumen verändert die Reaction nicht, 2—3 Volumen schwächen sie ab, mehr als 3 Vol. lassen sie nicht auftreten. Chloroform und Aether, bis zu 1 Volumen der Frauenmilch zugefügt, schwächen die Reaction leicht ab, in grösseren Quantitäten vernichten sie dieselbe. Die Lactationsperiode übt einen gewissen Einfluss auf die Ammoniakreaction aus; auf Grund zahlreicher Untersuchungen gelangte Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Verschiedene Milchportionen aus einer und derselben Brust geben unter denselben Bedingungen eine Reaction von gleicher Intensität. 2. Beide Brustdrüsen derselben Frau liefern Milch von gleicher Reactionsintensität. 3. Das Alter der Frau, die Anzahl der Geburten, die Haarfarbe scheinen keinen Einfluss auf die Intensität der Verfärbung auszuüben. 4. Eine unbedingte Einwirkung auf die Stärke der Reaction zeigt aber das Alter der Milch, je älter die Milch, um so intensiver die Reaction, man kann auf diese Weise mit der Milch verschiedenen Alters eine Farbenscala von blassrothviolett bis zur intensiv violetten Farbe gewinnen. Dank dieser verschiedenen Verfärbung wird man die Möglichkeit haben das Alter der Ammenmilch zu erkennen. Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Drews befördert die Somatose die Secretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen. Es gelang ihm durch Darreichung dieses Präparates — 3—4 Mal täglich einen Theelöffel in einer Tasse warmer Milch oder Suppe oder Cacao — die Milchsecretion zu verstärken in Fällen, wo durch Krankheiten, Gemüthserregungen oder andere Störungen dieselbe zu versiegen drohte. Drews behauptet auf Grund seiner an 25 Stillenden angestellten Beobachtungen, dass die Somatose eine specifische Wirkung auf die Brustdrüsen der Stillenden ausübe, sie erzeuge eine reichliche Secretion der Muttermilch und bringe die beim Stillen auftretenden Beschwerden rasch zum Verschwinden. (Centralblatt für inn. Medicin.)

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

607. Sitzung am 30. April 1896.

Vorsitzender Herr Moritz, Secretair W. Beckmann.

1. Herr Börling erwähnt kurz 2 Fälle von epidemischer Cerebrospinalmeningitis in derselben Familie und fragt an, ob vielleicht noch ähnliche Beobachtungen von Anderen gemacht seien.

Herr Kallmeyer verneint die Anfrage auf Grund eines grösseren Hospitalmaterials. Er hat durch die Behandlung mit warmen Bädern nach Aufrecht gute Resultate erzielt, während die Quecksilberbehandlung keine Vortheile zu geben schien.

Herr Börling hat in den ersten Tagen Eis auf Kopf und Wirbelsäule und Quecksilber applicirt und vom 3 Tage an warme Bäder verabfolgt. Erleichterung und Nachlass der Schmerzen schien Lactophenin 0,12—0,15 pro dosi zu schaffen.

Herr Moritz hat im Anschluss an einen Fall von Cerebrospinalmeningitis Taubheit auftreten sehen, letztere könnte eventuell durch die Bäder oder das verordnete Antipyrin hervorgerufen worden sein. Die Ohrenärzte fürchten heisse Bäder wegen der durch dieselben hervorgerufenen Congestionen zum Kopf.

2. Herr Högerstedt berichtet über einen Fall von traumatischer intraperitonealer Blasenruptur der Vortrag ist in der Nr. 30 der St. Petersburger Med. Wochenschrift abgedruckt worden). Demonstration der rupturirten Blase.

Herr Moritz erinnert sich einiger Fälle von Blasenruptur aus der vorantiseptischen Zeit, die unoperirt starben.

Herr Beckmann hat bei Laparotomien die Beobachtung gemacht, dass die Dicke der Blasenwand bei verschiedenen Individuen sehr variirt. Manchmal ist die Blasenwand auffallend dünn. In Anbetracht des geringfügigen Traumas im mitgetheilten Falle könnte vielleicht eine derartige Dünne der Wand oder anderweitige Prädisposition zur Ruptur vorgelegen haben.

Herr Högerstedt constatirt, dass vom Prosector eine Veränderung der Blasenwand nicht gefunden wurde.

Herr Wanach weist auf die Wichtigkeit der Cystoskopie in ähnlichen Fällen hin. Die Procentberechnung der Mortalität bei Blasenruptur — 41% Genesungen nach Operation — hat keine Bedeutung, da wohl eine grosse Zahl von Fällen mit letalem Ausgang unpublicirt bleiben.

Herr Högerstedt giebt an, dass die angeführte Zahl aus der Guyon'schen Klinik stammt und sich auf alle dort beobachteten Fälle bezieht.

Der III. internationale Dermatologen-Congress in London.

II.

Das Programm des Congresses wurde den Mitgliedern in Form eines 169 Seiten starken Buches übergeben, welches die Schlussfolgerungen der meisten Vorträge (in 3 Sprachen) enthielt.

Wenden wir uns nun zu den Mittheilungen und Discussionen, die zum Theil recht lebhaft waren.

I. Dermatologische Section.

I. Sitzung. — Thema: Prurigo.

Besnier ist der Ansicht, dass Prurigo nur ein Symptom, welches man bei einer ganzen Gruppe von Krankheiten findet, zu welchen er Prurigo Willani, Strophulus und Lichen rechnet und bei welchen es sich um Blutveränderungen, durch Toxine verursacht, handelt, die auf Rückenmarkscentren oder direkt auf periphere Nerven wirken. Erst trete das Jucken auf und dann wenn die Haut gekratzt wird, die Knötchen.

In seiner Gegenrede vertheidigte Kaposi die Prurigo als selbstständigen Krankheitsbegriff, wie er von Hebra festgelegt sei. White schloss sich Letzterem an und betonte nur, dass diese in Amerika sehr seltene Krankheit durch schlechte, ungeeignete Nahrung und Unreinlichkeit, verursacht werde. Payne will Prurigo und Pruritus doch immer noch als getrennte Formen angesehen wissen, von Ersterer müsse man leichte und schwere Formen unterscheiden, es handele sich um pathologische Veränderungen sensibler Nerven.

2. Sitzung. — Thema: Keratosis.

Unna spricht über normale und pathologische Verhornung der Epithelzellen. Er unterscheidet 3 Formen der Keratosis: Psoriasis, Clavus und Ichthyosis.

Dubrenilh (Bordeaux) behandelt nur die Frage der begrenzten Hyperkeratosen und theilt sie in 4 Gruppen: H. traumatischen Ursprunges (Clavus), H. circumscripta congenita (Naevus Keratoticus, Ichthyosis hystrix, Hauthörner), H. papillaris (Papillome) und H. praecanarosa. Zu letzteren gehören die im Alter auftretenden flachen Warzen, aus denen sich nicht selten Epitheliome entwickeln.

3. Sitzung.

Nach einigen mehr casuistischen Mittheilungen (Schwimmer, Darier, Wikham) hält Docent Rosenthal (Berlin) einen sehr hübschen Vortrag über die Heisswasserbehandlung bei Hautkrankheiten und weist darauf hin, dass sie noch viel zu wenig geübt würde. Zum Schluss berichtet Unna über eine neue (übrigens unwesentliche) Modification seiner bereits vorzüglichen Pflastermulle und zeigt Schiff (Wien) ein neues Lösungsmittel in der Art wie Traumaticin. Es ist eine Lösung von Nitrobenzol in Aceton.

4. Sitzung. Thema: Hauttuberkulose.

Dieses Thema ist gegenwärtig eines der interessantesten, seit schon eine Reihe von Veröffentlichungen bewiesen haben, wie das so richtig auf dem Congress in Breslau von Prof. Pick betont worden, dass wir noch lange nicht alle Formen der tuberculösen Erkrankung der Haut kennen. Freilich war das so recht charakteristisch auch während dieser Sitzung, wie in unserer Zeit die Forscher leicht den objectiven Boden verlassen und sich hinreissen lassen von einer an und für sich richtigen Idee. Prof. Hyde (Chicago) ging so weit, folgende 3 Gruppen tuberkulöser Hautaffectionen aufzustellen:

I. Gruppe: Primäre oder secundäre tuberculöse Infection (Verruca necrogenica, Tuberculosis papillomatose cutis, Fibromatosis tub. cutis, Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) Elephantiasis tub. cut., Tub. cut. ulcerativa (Scrophuloderma), Lymphangoitis tub. cut. (Besnier), Tub. cut. serpiginosa, Tub. cut. fungosa, Tub. cut. atrophica. Nicht mehr und nicht weniger als 11 Formen, die jetzt von den meisten Dermatologen auch anerkannt werden. Damit hat H. aber noch nicht genug, er stellt noch die 2 weiteren mehr als problematischen Gruppen auf.

II. Gruppe: Affectionen bei denen das Vorhandensein von Tuberkelbacillen wahrscheinlich sei (Lupus erythematodes. Erythema induratum scrofulosorum. Lichen scrophulos., Tub. supp. et bullosa ac., einige Formen von Acne und Keloid).

III. Gruppe: Affectionen der Haut, deren Ursache die tuberculöse Erkrankung anderer Organe sei (Eczematöse Erkrankungen, Erythema pernio, einige Arten des Erythema nodosum, der Purpura und Melanoderma. sowie einige medicamentöse Exantheme).

Prof. Hallopeau: Die Haut wird durch Tuberkelbacillen selbst oder durch ihre Toxine afficirt.

Um den tuberculösen Charakter zu beweisen, müssen mit der erkrankten Haut vorgenommene Impfungen der Meerschweinchen positiv ausfallen, müssen in loco tub. Bacillen gefunden werden und muss auf Tuberculin-Injection Reaction auftreten, jedoch sind nicht immer alle 3 Zeichen vorhanden.

1) Hauttuberkulose sclerotischen und warzenartigen Charakters. 2) Primäre oder secundäre tub. Hautulcerationen, namentlich bei sonst tuberculösen Patienten in der Umgebung der Körperöffnungen (anus, Mundhöhle). 3) Tiefliegende Infiltrate, in der Umgebung tuberculöser Knochen oder Lymphdrüsen. 4) Lupus erythematodes, der auf Tuberculin-Injection reagirt. 5) Lichen scrophulosorum und eine Folliculitis suppurativa.

5. Sitzung. Thema: Trichophytie.

Hauptreferent war Dr. Sabourand (Paris), welcher allein 25 Seiten mit seiner Eintheilung der verschiedenen Haarpilze gefüllt. Die Hauptsache läuft darauf hinaus, dass er 2 Gruppen unterscheidet, Pilze, die in den Haaren und solche die auf den Haaren sich entwickeln (Endotrix und Ektotrix). Die Einen sind kleinsporig, die Anderen grosssporig. Dr. Malcolm Morris hat in London 126 Kinder mit Trichophytie (Rigworn) untersucht und bei 92% derselben den Trichophyton microsporon constatirt. Die Unterscheidung von Endotrix und Ektotrix möchte er nicht gelten lassen, da dieselben Pilze theils auf, theils in den Haaren zu finden sind. Dr. Adamson fand ebenfalls in 95% seiner 263 Pat. den kleinsporigen Pilz.

6. Sitzung. Thema: Erythema multiforme.

Referent, Dr. Veiel (Cannstadt) hält diese Krankheit für eine Infection, sie ist unabhängig von Rheumatismus und Arthritis, und ist nicht identisch mit Eryth. nodosum, da es sich bei E. multif. nicht um eine Angioneurose, sondern um Entzündungsprocesse handelt. Dr. Stephen Mackenzie spricht sich für einen Zusammenhang des E. nodos. mit Rheumatismus aus, da letzterer in 19% (!) seiner 233 Fälle anwesend war. (!)

7. Sitzung.

Verschiedene kleinere Vorträge. von denen Duncan Bulkley's Mittheilung über den Einfluss der Fleischkost auf Psoriasis der bemerkenswertheste war.

8. Sitzung. Thema: Lepra.

Prof. Petersen theilt die ersten Resultate der officiell in Russland eingeführten Statistik mit. Seit die Meldepflicht vor einem Jahr eingeführt waren bereits bis zum 1. Juli c. 948 Karten eingelaufen, von denen 13 Duplicate waren. 33 Karten wurden zurückgesandt, als ungenügend ausgefüllt, 8 bezogen sich auf Syphilis, sodass 894 zur Bearbeitung übrig blieben, die P. gemeinsam mit Dr. Grebenschtschikow vorgenommen hat. Es handelt sich um 451 Männer und 443 Weiber. Lepra nodosa — 63,3%, Lepra maculonervosa — 29,6% und Lepra mixta — 7,1%. Das Alter der Patienten schwankt zwischen 5 bis über 70 Jahr. Ueber 50 Jahr waren übrigens 28,2%. In 320 Fällen sind genauere Daten über die Familienglieder der Patienten vorhanden aus denen hervorgeht, dass bei 58 — der Vater, bei 52 die Mutter leprös waren oder sind, mehrfach jedoch erkrankten die Kinder früher. Ferner waren leprös bei nur 20 — die Grosseltern, 138 — die Geschwister, 51 — Onkel oder Tanten (die so schön benannte Heredität in den Seitenlinien!) Bei 10 Frauen war vorher der Mann erkrankt, bei 8 Männern die Frau. In einer ganzen Reihe von Fällen haben wir aber die ausdrückliche Notiz dass die Eltern der Leprösen völlig gesund seien; somit zeigen auch die Zahlen aus Russland, dass nicht Heredität die Ursache der Ausbreitung der Lepra sein kann. Bezüglich des Berufes der Leprösen ergiebt sich, dass wohl die Mehrzahl Bauern sind, leider findet man unter ihnen aber auch 47 Dienstboten, 17 Fabrikarbeiter, 5 Näherinnen und 1 Hebamme. Zum Schluss weist Ref. darauf hin, dass in allen Ländern, wo Lepra vorhanden, die Anzeigepflicht eingeführt und Colonien resp. Asyle errichtet werden müssen.

Prof. Campana und Dr. Blaschko, welcher über die kleine Memeler Epidemie berichtet, schliessen sich diesen Vorschlägen vollkommen an. Zanbaco Pascha, der freundliche alte Herr bringt wieder einige Mittheilungen über die von ihm sogenannten abgeschwächten Formen der Lepra, zu welcher er neuerdings auch die Ainhum Süd-Amerika's rechnen möchte. Eine lebhafte Discussion entspann sich über die Frage ob alle Lepröse in jedem Stadium in Asyle gebracht werden müssen oder ob die nur mit Flecken Behafteten zu Hause bleiben können. Für Letzteres spricht sich Ehlers aus. Goucher betont zum Schluss nochmals, dass auch er die Lepra für contagiös und hereditär hält. Prof Petersen widmet dem leider so früh verstorbenen Prof. Leloir, einem der bedeutendsten Leprologen unserer Zeit warme Worte der Anerkennung, die Versammlung ehrt sein Andenken, indem sie sich erhebt.

II. Section für Syphilidologie.

1. Sitzung. Thema: Reinfection mit Syphilis.

Prof. Dr. Cotterel (London) spricht sich für die Möglichkeit zugleich aber für die Seltenheit einer nochmaligen Syphilis-Ansteckung aus, desgleichen Dr. Fitzgibbon (Dublin), der S. mit den acuten Exanthemen (Scharlach, Pocken, Typhus) auf eine Stufe stellt. Bei Letzteren wird ja auch gewöhnlich Immunität acquirirt.

Prof. Petrini leugnet noch diesen Standpunkt, den er dadurch anzugreifen sucht, dass er sich (zum grossen Theil wohl völlig berechtigt) skeptisch gegen die veröffentlichten Fälle erneuter Syphiliserkrankung verhält.

Ferner machte Dr. Jadassohn eine interessante Mittheilung (wie stets) über histologische Untersuchungen der sogenannten tuberculösen Syphilide, bei denen er Riesenzellen gefunden.

Dr. Lane (London) spricht noch über die intravenösen Injectionen bei Syphilis und machte eine solche vor dem Auditorium.

2. Sitzung. Thema: Die Dauer des infectiösen Stadiums der Syphilis. In einer meisterhaften leider nur zu ausgedehnten Rede legt Hutchinson seinen Standpunkt dar. So lange sich Erscheinungen der primären oder secundären Periode halten, ist es angenommen das Blut für infectiös zu halten. Nach dem 2. Jahre, meint H., wäre aber das Blut nur ausnahmsweise noch infectiös, doch giebt es zweifellos Fälle, wo noch nach 11—14 Jahren Infectionen vorgekommen sind. (Gegen derartige Fälle möchte sich Ref. doch äusserst skeptisch verhalten. Ref.) Bezüglich der Therapie zur Verkürzung der Infectionsperiode ist H. für längeren Gebrauch (6—24 Monate) kleiner Hg. Dosen. Auch H. ist Anhänger der Frühbehandlung.

Prof. Campana (Rom) spricht sich in schöner italienischer Rede dahin aus, dass eine genaue Feststellung der Dauer der Infectionsperiode nicht denkbar, da dabei alle möglichen Momente in Betracht kommen, namentlich zweckentsprechende Durchführung der Behandlung. Gewöhnlich hört die Ansteckungsfähigkeit innerhalb 3 Jahre auf.

Prof. Lassar betont die Complicirtheit der Frage und hebt hervor, dass vom Tage der Infection die Ansteckungsfähigkeit succesiv abnimmt, je mehr Zeit verstrichen, um so mehr nimmt die Wahrscheinlichkeit der Uebertragung ab, sie bleibt aber so lange, als noch Erscheinungen auftreten. Die Versuche und Beobachtungen, bezüglich der Ansteckungsfähigkeit gummöser Produkte sind bisher stets negativ ausgefallen, doch möchte er sie noch nicht für abgeschlossen halten.

Dr. Feulard (Paris) theilt zahlreiche Fälle von Infection, Jahre nach der Infection, mit und spricht sich dahin aus, dass die Dauer der Ansteckungsperiode individuell sehr schwankt und nicht von der Behandlung abhängig sei.

Die Erscheinungen später Recidive bestehen nicht selten in scheinbar harmlosen Erosionen der Schleimhäute, die namentlich durch das Tabackrauchen hervorgerufen werden. Durchschnittlich dauere die Infectionsperiode 3—4 Jahre und für diese Zeit sei den Pat. das Heirathen zu verbieten.

Dr. Blaschko meint die vorliegende Frage wird erst dann endgültig zu entscheiden sein, wenn der Syphilisbacillus sicher nachgewiesen werden kann.

Prof. Schwimmer wendet sich gegen Feulard und meint, vielleicht habe die Behandlung in Frankreich keinen Einfluss auf die Dauer der Infectiosität, weil die dort übliche Pillenbehandlung keine genügende sei.

Der greise Drysdale (London) hebt hervor, dass es in der Praxis sich als unmöglich erweise, den Pat. 4 Jahre lang die Heirath zu verbieten, worauf ihm Feulard antwortet, es sei die Pflicht des Arztes, ob der Patient dieses ausführt oder nicht, sei nur von Letzterem zu verantworten.

Prof. Petersen bestätigt gern, dass das Rauchen eine der Ursachen der localen Recidive sei, möchte aber diesen Gedanken weiter gefasst wissen und sagen «ubi irritatio, ibi affluxus.» Alles was reizend wirkt, kann an den gereizten Stellen Erscheinungen bewirken.

3. Sitzung. Thema: Syphilis maligna.

Erster Ref. Prof. Haslund (Kopenhagen) sagt, die S. maligna ist eine Form der secundären Syphilis und nicht der tertiären, wie es von Vielen angenommen wird. In Dänemark ist sie selten, unter 8691 Fällen des Kommune-Hospitals wurde sie nur 39 Mal beobachtet. Das Geschlecht hat keinen Einfluss. Die Prognose ist relativ gut. Für die Behandlung kann man keine Norm aufstellen, sie wechselt indi-

viduell, und muss stets für Hebung der Kräfte gesorgt werden.

Prof. Neisser, diese Form gleichfalls für selten haltend hebt als charakteristische Symptome hervor: Schwere Allgemeinerscheinungen, frühes Auftreten ulcerirender Papeln, die sehr zahlreich und beständig erneut auftreten. Er hält sie ebenfalls nicht für eine tertiäre Erscheinung und spricht sich auch für eine günstige Prognose aus. Der Sitz der Sclerose hat keinen Einfluss auf die Schwere der Allgemeinerscheinungen. Sie ist auch nicht die Folge von Hg-Kuren. Die Meinung, dass es sich um eine Mischinfection handele, die in den Ulcerationen vorhandenen Staphylo- und Streptococcen sind erst secundär hinzugekommen. Bezüglich der Behandlung meint N., zuerst müsse der Ernährungszustand gehoben werden und dann erst die Hg.-Kur unternommen werden.

Prof. Tarnowski hält S. m. für eine Mischinfection. (Staphylococcie syphilitique ou infection mixte pyo-syphilitique). Man findet in den Ulcerationen Staph. pyog. aureus et albus und eine besondere Art Bacillen, die offenbar bei dem Syphilitiker einen günstigen Nährboden gefunden haben und frühzeitig Phagedenimus bewirken. S. m. kommt besonders in der secundären Syphilis vor. Als begünstigende Momente kommen Alcoholismus, Malaria, Diabetes, psychische und physische Uebermüdung etc. besonders in Betracht. Als Beispiel führt T. einen Fall an, wo ein 62-jähriger Potator 2 Monate nach der Infection mit Ulcerationen bedeckt in die Klinik gebracht wurde und dort bald starb. Die histologische Untersuchung zahlreicher Ulcerationen ergab, dass multipele Epitheliome vorhanden waren. In Bezug auf die Therapie spricht sich T. für systematische, früh begonnene und 2—3 Jahre mit Intervallen fortgesetzte Hg.-Kur aus, um schwere Syphilisformen zu bekämpfen. In Nord- und Mittel-Russland eignen sich dazu am Besten Injectionen mit Hg. salicylicum. Die schweren Formen müssen in milderes Klima gesandt werden.

Prof. Schwimmer hat in 3 Fällen von S. maligna gute Erfolge von Spermin-Injectionen gesehen.

Dr. Brandis (Aachen) spricht sich für Misch-Infection aus und giebt ebenfalls Hg. wenn auch mit Vorsicht.

Dr. Arning macht darauf aufmerksam, dass 2 erfahrene Collegen für die Hg.-Behandlung bei S. maligna gesprochen, also gegen die seit Alters bestehende Ansicht, hält es aber für seine Pflicht doch wieder davor zu warnen, bei heruntergekommenen Patienten, wie es diejenigen mit S. maligna sind, zum Hg. zu greifen, bevor der Ernährungszustand gehoben, da er noch kürzlich einen Fal, von S. maligna gesehen, wo Hg. sehr bedauerliche Wirkung gehabt.

Dr. Feulard regt noch die Frage an, ob in diesen Fällen nicht die Serumtherapie indicirt sei.

Prof. Neisser antwortet ihm, nachdem er in c. 50 Fällen von Syphilis die Serumtherapie versucht, habe er sie bereits vor 3 Jahren fallen gelassen, als nicht zweckentsprechend.

4. Sitzung.

Ein hübscher Vortag von Dr. Justus (Budapest) über die Blutveränderungen bei Syphilis und eine Mittheilung des Aachener Dr. Feibes über Extragenitalinfection, in welcher er auf Grund von 56 Fällen gegen die noch von Manchen vertretene Ansicht auftritt, dass Extragenitalinfection schwerere Allgemeinsymptome bewirke. Kommt dieses vor, so lässt es sich dadurch leicht erklären, dass die Diagnose in diesen Fällen nicht selten erst spät gestellt wird, da man immer noch nicht genügend damit vertraut, dass der Primäraffect nicht nur an den Genitalien zu suchen sei.

6. Sitzung.

Verschiedene kleinere Mittheilungen von geringerer Bedeutung.

Am 27. Juli (8. Aug.) fand die Schlusssitzung statt, auf welcher zum nächsten Versammlungsort Paris im Jahre 1900 und Prof. Besnier zum nächsten Präsidenten, sowie Dr. Feulard zum Generalsecretär erwählt wurden.

Wir schliessen mit einem Dank an die englischen Collegen für die prächtige Aufnahme, die vielfache Anregung und die reichen wissenschaftlichen Kenntnisse, die uns dieser Congress gebracht. Man schied mit einem von den Meisten ausgesprochenen: «auf Wiedersehen in Moskau». Möge es uns gelingen, den Collegen auch nur annähernd derartiges zu bieten, wie es London gethan, die laudanda voluntas ist jedenfalls vorhanden!

Prof. Petersen.

Vermischtes.

— Professor Dr. Rudolph Virchow ist von der freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt worden anlässlich des 50-jährigen Jubiläums seiner publicistischen Thätigkeit, welche auch mit der 50 jährigen Wiederkehr seiner Betheiligung an deutschen Naturforscher-Versammlungen zusammenfällt.

— Am 11. September beging der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Boldyrëw, sein 30-jähriges Jubiläum. Der Jubilar ist zugleich Oberarzt des örtlichen Gouvernements-Landschaftshospitals.

— Als Redacteur der «Botkin'schen klinischen Zeitung» ist neuerdings der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. M. M. Wolkow, bestätigt worden.

— Verstorben: 1) Am 18. September in Riga der dortige Arzt Dr. Hugo Laurentz nach langer, schwerer Krankheit im 36. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1880—86 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde liess er sich in Riga als praktischer Arzt nieder. Er war ein Arzt — rühmt die «Düna-Ztg.» ihm nach — der mit seltener Pflichttreue seinem Beruf nachging und zu jeder Zeit bereit war, mit Aufopferung seiner eigenen Kräfte seinen Patienten helfend zur Seite zu stehen. Ein warmes Andenken werden ihm Alle bewahren, die sich an ihn, den Arzt gewandt haben, und nicht minder warm werden alle seine Freunde, die stets sein liebenswürdiges Wesen zu schätzen gewusst haben, seiner gedenken. — 2) Am 4. Sept. in der psychiatrischen Heilanstalt der Moskauer Landschaft der frühere Fabrikarzt Georg Witte an progressiver Paralyse im Alter von 45 Jahren. Nach Absolvierung seiner Studien an der medic.-chirurgischen Academie war W. anfangs Landschaftsarzt im Kreise Slatoust, dann Arzt auf dem Kriegsschauplatze während des türkischen Krieges und zuletzt Arzt auf den Kataw'schen Fabriken im Gouvernement Ufa, wo er sich grosser Beliebtheit erfreute. 3) In London der bekannte Chirurg Sir George Murray Humphry, Vicepräsident der Britisch Medical Association, im 76. Lebensjahre. Der Verstorbene ist auf verschiedenen Gebieten der Anatomie und Chirurgie literärisch thätig gewesen. 4) In Versailles der ehemalige Chef des französischen Marine-Medicinalwesens Dr. Rochard, 76 Jahre alt. In letzter Zeit redigirte er die «Encyclopädie d'Hygiène».

— Prof. Barth in Breslau ist als ausserordentlicher Professor der Ohrenheilkunde nach Leipzig berufen worden.

— Der bekannte Kliniker Prof. Dr. Heinrich Hertz, welcher von 1876—96 Director der medic. Klinik in Amsterdam war, hat seinen Wohnsitz in Stuttgart genommen und wird dort Conciliarpraxis ausüben.

— Zur Errichtung des Pasteur-Denkmals sind beim hiesigen Institut für Experimental-Medicin Spenden im Betrage von 1142 Rbl. eingelaufen, zu denen Staatsrath J. S. Poljakow allein 1000 Rbl. beigesteuert hat.

— Wie verlautet, wird seitens des Ackerbauministeriums ein Sanatorium für Brustkranke errichtet, welches für kranke Zöglinge der Lehranstalten des genannten Ministeriums bestimmt ist.

— In Ssamara wird ein Asyl für Alkoholiker eingerichtet, zu welchem Zweck vom Finanzminister 30,000 Rbl. aus den Summen angewiesen sein sollen, welche für die Bekämpfung der Trunksucht bestimmt sind.

— An Stelle des projectirten Leprosoriums in Quellenstein (Livland) ist die Gründung eines solchen Asyls für Lepröse im livländischen Kirchspiel Tarwast, einem Hauptheerde der Lepra in Aussicht genommen. Das neue Leprosorium welches sein Zustandekommen hauptsächlich der Munificenz der livländischen Ritterschaft verdanken wird, soll für ca. 100 Betten eingerichtet und der ärztlichen Leitung des örtlichen Kirchspielarztes Dr. Pallop anvertraut werden.

— Die Prüfungen zur Erlangung der medicinischen Doctorwürde an der militär-medicinischen Academie beginnen im Studienjahre 1896/97 im December und zwar sind die Monate December und Januar für die theoretischen Fächer bestimmt, während die praktischen Examina im Laufe der übrigen Studienzeit zu absolviren sind. Die theoretischen Prüfungen geschehen vor einer besonderen Commission, die aus den Conferenzgliedern der Academie gebildet wird. Zur Erlangung der med. Doctorwürde werden nur Personen zugelassen, die bereits den Aerztegrad an der mil.-med. Academie oder an einer Universität erlangt haben. Ausländische Aerzte, die nicht das Recht besitzen, in Russland zu praktisiren, werden zu den Prüfungen behufs Erlangung der Doctorwürde gar nicht zugelassen.

— Die Prämie des verst. Medico-Chirurgen Juschenow für die hervorragendste Entdeckung oder Arbeit auf den Gebieten der medicinischen Wissenschaft im Betrage von 3250 Rbl., welche in diesem Jahre bei der militär-medicinischen Academie zur Vertheilung gelangt, hat 6 Bewerber gefunden. Es sind die Herren Prof. Podwyssotzki (Kiew), Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr.

N. Uskow, sowie die Doctoren L. F. Smejew, A. J. Kondratjew, P. J. Kubassow und D. M. Uspenski, welche ihre Originalarbeiten in russischer Sprache bei der militär-medicinischen Academie eingereicht haben.

— Der bekannte amerikanische Krösus John D. Rockfeller, welcher an der Spitze der Petroleum-Gesellschaft «Standard Oil Trust» steht, hat im Laufe der letzten Jahre für die Universität in Chicago (in 6 Raten) 7 Millionen Dollar gespendet.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 1. October 1896. Tagesordnung: Dr. Anders: Ueber die Behandlung der angeborenen Hüftluxation.

Дозв. ценз. Спб. 28 Сентября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 5. (17.) October **1896**

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. Wassiliew in № 37 dieser Wochenschrift muss es heissen auf pag. 331 Spalte 2, Zeile 9 von unten statt 25% — 12,5%.

Schwangerschaft und Geburt bei Uterus duplex septus seu bilocularis und Vagina septa.

Von
Dr. W. Beckmann,
St. Petersburg.

Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane gehören keineswegs zu den grossen Seltenheiten. Dieselben haben ausser dem rein theoretischen, entwickelungsgeschichtlichen Interesse durchaus auch eine praktische Bedeutung. Schon in nicht schwangerem Zustande muss häufig bei der Diagnose von Gebärmutter- oder Adnextumoren die Möglichkeit des Vorhandenseins von Doppelbildungen des Uterus in Betracht gezogen werden. Fälle von uterus bicornis sind noch relativ am häufigsten und unschwer zu erkennen, wenngleich auch hier Verwechselungen mit kleineren Myomen vorkommen. Schwieriger zu diagnosticiren sind rudimentär entwickelte Uterushörner. Als wesentliche Stütze dienen der Diagnose ausser dem Tastbefund am Uterus nachweisliche Bildungsfehler der Vagina (rudimentäres Septum). Stärker ausgesprochene Doppelbildungen des Uterus wie Uterus septus, Uterus didelphys sind fast stets mit doppelter Vagina vergesellschaftet und entgehen kaum einer aufmerksamen Untersuchung. Doch haben auch in ähnlichen Fällen selbst geübte Untersucher Fehldiagnosen nicht vermeiden können, indem das Vaginalseptum dem untersuchenden Finger ausweichend an die seitliche Scheidenwand angedrückt wurde und so dem Untersucher entging.

Noch schwieriger sind die Verhältnisse bei den Formen von Doppelbildung des Genitalkanals, wo Atresien in verschiedener Höhe bestehen. Atresische rudimentäre Uterushörner mit Blutansammlungen und verschlossene rudimentäre Nebenvaginen gesondert oder in verschiedener Combination mit Tubenfäden stellen dem diagnostischen Scharfsinn und dem therapeutischen Können des Gynäkologen schwierige Aufgaben.

Es ist hier nicht der Ort auf das kurz berührte, interessante Kapitel der Genitalmissbildungen näher einzugehn, erwähnt sei nur, dass durch das Hinzutreten von Schwangerschaft zu diesen Missbildungen das praktische Interesse an denselben noch erhöht wird. Am seltensten kommt es wohl zur Schwangerschaft in einem rudimentär entwickelten Uterushorn — einen ähnlichen Fall habe ich an anderer Stelle[1]) besprochen. Am häufigsten ist das Zustandekommen von Schwangerschaft bei Uterus bicornis, was bekanntlich in einer Reihe von Fällen Abort zur Folge hat, in anderen Fällen dagegen keine wesentliche Störungen der Schwangerschaft oder Geburt bedingt.

Die hierhergehörige mitzutheilende Beobachtung betrifft eine Frau mit Uterus septus und Vagina septa, also völliger Zweitheilung des Genitalschlauches bis auf den unteren Abschnitt der Vagina. Bei frühzeitig richtig gestellter Diagnose beansprucht der Fall wegen der Beobachtung des Verlaufes der Schwangerschaft und der Geburt unser Interesse und erscheint deswegen mittheilenswerth.

Die 23-jährige A. S. wurde mir vom Collegen Dr. L. in die Ambulanz der Dreifaltigkeitsgemeinschaft barmherziger Schwestern am 25. November 1895 zugeschickt. Die Anamnese ergab, dass Pat. seit ihrem 17 Jahre 3-wöchentlich 7 Tage lang menstruirt, kein mal geboren hat. Der letzten Regel erinnert sich Pat. nicht genau, verlegt dieselbe aber 3—4 Monate zurück. Gleichzeitig giebt sie an, dass vor etwa 2 Jahren die Periode gleichfalls 1½ Jahre lang ausgeblieben sei. Jetzt leidet Pat. an morgendlichen Uebelkeiten und leichtem Fluor albus.

An der gut gebauten Pat. fand ich das weiter unten nach der Aufnahme ins Hospital genauer beschriebene Vaginalseptum und 2 kurze etwa 1 cmm lange Vaginalportionen. In

[1]) Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäk. Bd. 35, Heft 1.

der rechten Portio vaginalis liess sich deutlich ein Orific. ext. fühlen, links fühlte man dasselbe nur als Vertiefung. Der Uterus bestand aus 2 Abschnitten; der grössere derselben entsprach der Grösse nach einem im 3 Monat schwangeren Uterus. Ihm dicht anliegend fühlte man eine zweite normal grosse Gebärmutter von härterer Consistenz. Beide Uteri gingen seitlich in einander über entsprechend der Cervix und dem Corpus. Dagegen liess sich ein rechter und linker Gebärmuttergrund gesondert abtasten. Der linke Fundus uteri präsentirt sich als fester Auswuchs aus der rechten grösseren Gebärmutter. Der rechte Fundus stand höher als der linke. Zwischen beiden fand sich eine Vertiefung. Die Consistenz der rechten Uterushälfte war die eines schwangeren Uterus. während die linke Hälfte bedeutend derber war.

Die weitere ambulatorische Beobachtung der Pat. ergab ein stetiges normales Wachsen der rechten Uterushälfte, während die linke Hälfte nur wenig an Grösse zunahm. So konnte am 18. Januar notirt werden, dass der rechte Fundus uteri 2 Querfingerbreiten unterhalb des Nabels stand, der linke nur wenig seine Lage verändert hatte. Am 2. Febr. stand der rechte Fundus in Nabelhöhe der linke 4 Querfinger unter diesem Niveau. Die erste Kindsbewegung wurde am 21. Jan. verspürt. Am 4. April stand der rechte Fundus schon 4 Querfinger über dem Nabel, der linke wenig unterhalb des Nabels. Dabei konnte constatirt werden, dass die linke Uterushälfte zwar entsprechend dem Wachsthum der schwangeren, rechten Hälfte in die Höhe stieg, ohne aber dabei bedeutend an Umfang zuzunehmen.

Am 8. Mai placirte ich Pat. in die gynäkologische Abtheilung des Obuchowhospitals, um selbst bei eventuell frühzeitig eintretender Geburt den Fall weiter beobachten zu können. Im Hospital konnte kurz nach der Aufnahme folgender Status erhoben werden. Pat. ist gut genährt, das Knochengerüst ist kräftig entwickelt, es besteht leichte Anämie. Keine Oedeme. Die Brustdrüsen sind vergrössert und lässt sich aus den Brüsten etwas Collostrum ausdrücken. Beckenmasse 27, 27,5; 31; 20. Der Unterleib ist vergrössert, sein Umfang über dem Nabel gemessen beträgt 93,5 cm., in der Höhe des Fundus uteri 89 cm. Im Abdomen sieht man die schwangere Gebärmutter, deren Fundus bis zum rechten Rippenbogen reicht. Der Fundus uteri spitzt sich nach oben zu deutlich zu. Die obere Hälfte der Gebärmutter nimmt ausschliesslich die rechte Hälfte des Abdomens ein. Erst 3 Querfinger über dem Nabel schneidet die linke Uteruskante die Mittellinie, so dass unterhalb dieser Stelle die Gebärmutter auch in der linken Hälfte des Unterleibes gelagert ist. In der Höhe, wo die linke Uteruskante die linea alba kreuzt, fühlt man dem rechten Uterus anliegend einen Höcker, der dem Fundus der linken Uterushälfte entspricht. Letztere ist bedeutend härter als die schwangere Uterushälfte, von welcher er durch eine deutliche Furche abzusondern ist. Die linke Kante des nicht schwangeren Uterus ist etwas nach vorne gerichtet. Unterhalb der Stelle, wo beide Uteri verschmelzen tritt die Gebärmutter auch in die linke Hälfte des Hypogastrium, und reicht im grossen Becken schon 4 Querfingerbreit nach links von der linea alba. Im Beckeneingang wie auch im Uterusfundus fühlt man grosse Kindestheile. Unterhalb des Nabels hört man in der Mittellinie foetale Herztöne. Weniger deutlich sind letztere auch rechts von der linea alba zu hören. Bei der Palpation lassen sich deutlich Contractionen in beiden Uterushälften constatiren, wobei sich der Fundus der nicht schwangeren Gebärmutter erhebt und mehr nach vorne dreht.

Die innere Untersuchung constatirte einen fleischigen ringförmigen Hymen mit unbedeutenden Einrissen. Gleich im Scheideneingang beginnt oberhalb des Harnröhrenwulstes ein fleischiges Septum das unten auf der vorderen Vaginalwand nur kammförmig ist, weiter nach oben immer höher wird, um in der Mitte der Vagina als vollständiges Vaginalseptum auf die hintere Vaginalwand überzugehn. Auf der hinteren Vaginalwand steigt das Septum gleichfalls kammförmig zum Hymen herab. Der untere Rand des totalen Vaginalseptums ist also sichelförmig; in der unteren Vaginalhälfte findet sich nur ein unvollständiges Septum in Form der kammförmigen Schleimhautduplikaturen auf der hinteren und vorderen Vaginalwand. Das 2 mm. dicke Vaginalseptum theilt die Vagina in ihrem oberen Abschnitte in zwei Hälften. Das Septum inserirt an der vorderen und hinteren Vaginalwand in der Mittellinie und ist ziemlich breit, so dass es segelförmig dem untersuchenden Finger leicht ausweicht. wobei es leicht an eine der beiden seitlichen Vaginalwände gedrückt werden kann. Dank dieser Eigenschaft kann das Septum bei unaufmerksamer Untersuchung leicht übersehen werden.

In dem Scheidengewölbe findet man sowohl rechts als auch links nicht weit vom Septum ein Orificium uteri. Dieselben sind etwa erbsgross. Beide Orificia sind ca. 1,5—2 cm. von einander entfernt. Der linke Muttermund ist etwas nach vorn gerichtet, der rechte nach hinten. Der linke Scheidentheil ist zwar recht niedrig, springt aber doch mehr vor als der rechte, dabei ist er derber als der rechte. Die rechte Vaginalportion ist sehr flach und präsentirt sich eigentlich nur als niedriger Wall um den Muttermund. Durch das Scheidengewölbe fühlt man einen vorliegenden, derben grossen Kindstheil.

Aus der Vagina geht ziemlich reichlich schleimig-eitriges Secret ab, besonders aus der rechten Vagina. Aus der Urethra lässt sich kein Secret ausdrücken. Pat. ist von mir am 23. Mai 1896 in der Geburtshülflichen Gesellschaft zu St. Petersburg demonstrirt worden.

Im Juni senkte sich der Fundus des schwangeren Uterus ein wenig, derselbe stand 3 Querfinger unter dem Rippenbogen. Der Fundus der linken Uterushälfte stieg nicht weiter in die Höhe. Am 3. Juni war der rechte Muttermund für einen Finger durchgängig, die Fruchtblase konnte deutlich gefühlt werden. Der linke Muttermund war unverändert.

Am 20. Juni traten um 1 Uhr morgens Wehen auf. Pat. verheimlicht aber dieselben, wie auch den Umstand, dass seit 10 Uhr morgens das Wasser abfloss. Um 1/21 Uhr mittags waren die Wehen so stark geworden, dass die Pat. dieselben nicht mehr verheimlichen konnte. Die Untersuchung ergab dann, dass der rechte Muttermund für 2 Finger, der linke für 1 Finger durchgängig war. Der Muttermundssaum war sehr dünn. Zwischen beiden Orificien bestand eine Gewebsbrücke, an welcher das Vaginalseptum inserirte. Zwei in beide Orificien eingeführte Finger treffen oberhalb des Muttermundes zusammen, es ist also gleich über dem Muttermunde kein Septum zu fühlen. Der vorliegende Theil ist der Steiss des Kindes, der im Beckeneingang sich befindet. Deutlich ist der Anus der Frucht abzutasten. Links fühlt man oberhalb des Steisses ein Füsschen.

Nach kräftiger Wehenthätigkeit fand sich um 2 Uhr der Muttermund völlig eröffnet. Es fand sich nur ein Muttermund. Das Vaginalseptum inserirte blos an der vorderen und hinteren Vaginalwand. Der vorliegende Steiss drückte stark auf die vaginale Scheidewand, dieselbe war stark gespannt und ausgezogen. Es gelang das gespannte Vaginalseptum nach rechts seitlich vom Steiss hinaufzuschieben und letzteren in dieser Weise gewissermassen in die linke Vagina zu leiten. Darauf wurde das links oben befindliche Füsschen herabgezogen, einige Wehen abgewartet und ein lebender, kräftiger Knabe (3400 grm.) extrahirt.

Während des Durchtrittes des Steisses durch das Becken zerriss das Vaginalseptum. Die Placenta wurde nach einer halben Stunde exprimirt.

Die Untersuchung der Genitalien nach Beendigung der Geburt ergab zunächst nur eine Gebärmutterhöle. Die linke Wand der Gebärmutter erwies sich aber als viel dicker als die rechte, und endete in der Gegend des inneren Muttermundes mit einem dicken, wallartigen Rande, der in die Cervicalhöhle vorsprang und sich deutlich von der entsprechenden Cervicalwand abhob. Man erhielt den Eindruck, dass sich links von der Gebärmutterhöhle ein zweites Uteruscavum befinden müsste, doch gelang es weder mit dem Finger noch mit der Sonde in dieselbe einzudringen. Mit Hülfe von Vaginalspiegeln konnte weiter constatirt werden, dass das Vaginalseptum von seiner Insertion an der hinteren Vaginalwand abgerissen war. Ferner liess sich auch in der Cervicalhöhle ein dünnes Septum nachweisen, das gleichfalls während der Geburt von der hinteren Cervicalwand abgerissen war. Dasselbe wurde so hoch als möglich resecirt, wonach an zwei Stellen wegen Blutung Umstechungen vorgenommen werden mussten. Das Vaginalseptum wurde von der vorderen Scheidenwand abgetragen, ebenso einige kleine zurückgebliebene Stücke von der hinteren Scheidenwand mit der Scheere entfernt. Hinten wurde eine fortlaufende Naht, vorn Knopfnähte angelegt.

Aus der völlig normal verlaufenen Wochenbettsperiode ist hervorzuheben, dass am Tage nach der Geburt aus den Genitalien ein völliger decidualer Abguss, der linken Uterushöhle seiner Grösse nach entsprechend abging. Am Tage darauf ging noch ein kleines Stück Decidualgewebe ab. Die abgestossene Decidua zeichnete sich durch grosse Dicke und Mächtigkeit aus. Am 24. Juni stand der linke Fundus uteri 2 Querfingerbreit unterhalb des Nabels, der rechte in Nabelhöhe. Am 30. Juni fand sich schon eine kurze Cervix vor. Die vorgenommene Sondirung ergab zwei Uterushöhlen. Nach rechts ging die Sonde 14 cm. nach links 11 cm. tief hinein. Wenn man in jede der Uterushöhlen eine besondere Sonde einführte, konnte man sich davon überzeugen, dass beide Höhlen durch eine Scheidewand getrennt waren. Letztere war oben dick und verdünnte sich nach abwärts. Es bestand nur eine Cervicalhöhle, und hatte man das Bild eines Uterus bicornis vor sich. Alle Vaginalnähte wurden entfernt. Die Wunden waren per primam geheilt. Vor der Entlassung wurde endlich noch folgender Befund erhoben.

Der Gebärmutterhals ist ziemich lang, der Uteruskörper ist faustgross. Die rechte Uterushälfte steht mit ihrem Fundus höher und ist grösser als die ihr breit anliegende linke

Hälfte. Beide Uterushälften verschmelzen mit einander, nur den Fundus besitzt jede Uterushälfte gesondert. Die linke Uterushälfte erscheint auch jetzt härter als die rechte. Der Muttermund ist für einen Finger durchgängig. Ungefähr 1 cm. unterhalb des inneren Muttermundes fühlt man den unteren Rand des Uterusseptums und beiderseits von ihm je eine Oeffnung. In die rechte Oeffnung passt die Fingerspitze hinein, die linke ist nur Fingerkuppen gross. Der untere Rand des Septums besitzt die Dicke eines dünnen Cartons. Unterhalb der Septumkante ist die Cervicalhöhle einfach. Dagegen fühlt man in der Mitte der vorderen und hinteren Cervicalwand längs verlaufende wulstartige Verdickungen.

Am 3 Sept. stellte sich Pat. mir nochmals vor. Die Untersuchung ergab jetzt das Bild eines Uterus bicornis, dessen rechtes Horn wenig vergrössert war. Das linke Horn war dagegen auffallend klein und besass etwa ein Viertel der Grösse des rechten Hornes. Im Uebrigen konnte nichts Neues constatirt werden.

Die Diagnose konnte in unserem Falle leicht gestellt werden. Nachdem das Vorhandensein eines rechten und linken Fundus uteri sichergestellt war konnte es bei Vorhandensein des Vaginalseptums nur noch fraglich sein, ob es sich um einen Uterus bicornis neben Vagina septa oder eine vollständig zweigetheilte Gebärmutter handele. Zur Entscheidung dieser Frage war es wichtig zwei portiones vaginales resp. Orificien aufzufinden. Rechterseits war der Muttermund leicht zu finden, links gelang dies erst nach mehrfacher sorgfältiger Untersuchung. Die Zuhülfenahme des Gesichtssinnes liess dabei vollständig im Stich, da es unmöglich war die ziemlich weite Vagina und ihr segelförmiges Septum mit Spiegeln soweit auseinander zu ziehen, um den ganzen Grund der Scheide zu überschauen. Ein Herabziehen des Uterus mit Kugelzangen verbot sich wegen der bestehenden Schwangerschaft. Nachdem einmal durch die Palpation 2 Orificien sichergestellt waren, fiel es nicht schwer die leicht vorspringenden Wülste um dieselben in der durch die Gravidität aufgelockerten Vagina als Scheidentheile anzusprechen. Damit war dann auch die Frage von dem totalen Septum im Cavum uteri entschieden. Bei 2 Scheidentheilen und 2 Uteruskörpern handelt es sich stets um ein totales Septum der Gebärmutterhöhle.

Der weitere Verlauf der Schwangerschaft war ungestört.

Interessant war es zu beobachten wie sich die rechte schwangere Uterushälfte stetig vergrösserte und dabei die linke Hälfte mit sich in die Höhe zog. Seinen höchsten Stand erreichte der linke Fundus etwa 1½ Monate vor der Geburt. Die Breite des linken Uterusfundus war nur wenig vergrössert; während der ganzen Schwangerschaft unterschied sich der linke Uterus durch seine derbere Consistenz von der schwangeren Uterushälfte. Contractionen, die durch Reiben am schwangeren Uterus hervorgerufen wurden, hatten stets ein Derberwerden auch der linken Uterushälfte zur Folge, die sich dabei etwas streckte und ihre linke Kante noch mehr nach vorn drehte. Auffallend früh konnte ein Grösserwerden der Orificien beobachtet werden, und mehr als 2 Wochen vor der Geburt war der rechte Muttermund für einen Finger durchgängig und die Fruchtblase zu fühlen — ein für eine Erstgebärende besonders auffallendes Verhalten. Der Eintritt der Geburt selbst erfolgte wider Erwarten spät. Obgleich eine genaue Angabe über die letzte Menstruation fehlt, kann doch mit Sicherheit angenommen werden, dass die Geburt Ende Mai resp. Anfang Juni hätte eintreten müssen. Diese Verspätung des Geburtseintrittes darf vielleicht auf eine Schwäche der Uterusmuskulatur bezogen werden, freilich sprechen die guten Wehen während der Geburt gegen eine solche Annahme, anderseits aber ist die Thatsache bekannt, dass die Geburtsthätigkeit der Gebärmutter bei Doppelbildungen und Entwickelungsfehlern zu wünschen übrig lässt.

Aus dem Geburtsverlaufe ist hervorzuheben, dass das Septum im Cervicalkanal frühzeitig in der Eröffnungsperiode abriss. Sicherlich leistete die Dünne des Cervicalabschnittes des Septums dieser Ruptur Vorschub. Es kann angenommen werden, dass letztere infolge der eröffnenden Wehen dadurch zu Stande kam, dass sich das Septum infolge der Dehnung des Cervicalabschnittes der Gebärmutter zunächst straff anspannte und schliesslich von der hinteren Cervicalwand abriss. Kaum verständlich wäre es, wollte man dem Anprall des vorliegenden Steisses bei der Ruptur des Cervicalseptums eine active Rolle zuertheilen. Einerseits stand der Steiss, als die Ruptur zu Stande kam, noch zu hoch, andererseits hätte er sehr wohl das Septum bei Seite drängen können, wofern letzeres nur die Anspannung und Dehnung bei der Eröffnung der Cervix ausgehalten hätte. Nachdem das Cervicalseptum abgerissen war kam die völlige Eröffnung der Gebärmutter durch Zusammenfliessen beider Orificien zu Stande. Das letzte Hinderniss bildete das sich allmählich immer mehr anstraffende Vaginalseptum, das zwar künstlich bei Seite geschoben wurde, trotzdem aber der starken Dehnung beim Durchtritt des Kindes nachgab und gleichfalls von der hinteren Scheidenwand abriss. Interessant war es gleich nach der Geburt constatiren zu können, wie die linke Gebärmutterhöhle als Appendix der rechten Höhle gewissermassen einen Bestandtheil der seitlichen Wand bildete.

Der untere Rand der Scheidenwand der Gebärmutterkörperhöhle sprang als dicker Wulst vor und bildete scheinbar nur die seitliche Gebärmutterwand, die sich scheinbar plötzlich an dieser Stelle verdünnte und in die seitlich Cervicalwand überging. Dieses Verhalten, das zu einer völligen Compression des innern Muttermundes der linken Gebärmutterhöhle geführt hatte, machte es unmöglich das linke Orificium internum zu finden. Die Wehenthätigkeit der Muskulatur des Uteruskörpers und ihr expulsiver Charakter wird durch den Contrast mit dem passiven Verhalten des cervicalen Gebärmutterabschnittes an unserem Falle besonders gut illustrirt.

Wäre die Diagnose nicht über jeden Zweifel erhaben gewesen, so hätten die erfolglosen Versuche in die linke Gebärmutterhöhle einzudringen gegen unsere Diagnose sprechen können. Die Ausstossung des decidualen Ausgusses des linken cavum uteri am folgenden Tage, wie auch die später angestellten, gelungenen Sondirungen beider Höhlen, die oben genauer beschrieben wurden, bestätigten die ursprünglich gestellte Diagnose in vollem Masse.

Die Bildungsanomalie der Gebärmutter gab keinen Grund ab während der Geburt operativ einzugreifen. Die Ruptur des Cervicalseptums führte zu keiner bemerkbaren Blutung. Als der Steiss auf die Vaginalscheidewand drückte und dieselbe sehr stark anspannte entstand die Frage, ob es nicht besser sei dieselbe zu durchschneiden als die spontane Ruptur abzuwarten. Immerhin war es nicht von der Hand zu verweisen, dass bei letzterer möglicherweise grössere Verletzungen der Scheidewand zu Stande kommen könnten. Da es aber gelang das Septum über den andringenden vorliegenden Theil hinweg zur Seite zu schieben, zog ich es vor mich weiterhin exspektativ zu verhalten in der wenn auch schwachen Hoffnung das Septum könnte vielleicht erhalten bleiben. Obgleich sich diese Erwartung nicht verwirklichte, glaube ich doch, dass in ähnlichen Fällen das Zurseiteschieben des Vaginalseptums das richtige Verhalten sein wird; von der Breite und Dehnbarkeit der Scheidewand wird ihr eventuelles Erhaltenbleiben dann abhängen. Gelingt es nicht das schon zu stark angespannte Septum wegzuschieben, so dürfte es sich empfehlen dasselbe an seiner Ansatzstelle an die Scheidenwand zu durchtrennen, da ja auf ein so günstiges Abreissen von der Insertion, wie in unserem Falle, nicht immer gerechnet werden kann.

In der Nachgeburtszeit hat man die Möglichkeit von starken Blutungen im Auge zu behalten, die besonders bei der Insertion der Placenta am Septum zu Stande kommen. Bei der geringen Contractionsfähigkeit des letzteren werden erfahrungsgemäss manuelle Lösungen der Nachgeburt nicht zu vermeiden sein. In unserem Falle sass die Placenta im Fundus und an der rechten Uteruswand, weswegen die Nachgeburtsperiode ohne Störung verlief.

Tödtliche Lungenarterienembolie im Wochenbett.

Von

Paul von Tiesenhausen.

Da seit Hecker nur wenige Fälle von Lungenarterienembolie bekannt geworden sind, so erlaube ich mir 3 Fälle aus der St. Petersburger Gebäranstalt (С. Петербургское родовспомогательное заведеніе) zu veröffentlichen; einen selbst beobachteten und zwei einem Material von annähernd 50,000 Wöchnerinnen, im Zeitraume von 25 Jahren, entstammend.

I. Nr. 2921. 1895.

21-jährige I. para M. E. trat am 19. November 1895 als Schwangere in die Abtheilung für Gravide ein. Die Wehen begannen am 2. December um 1 Uhr Mittags; am 3. December war der Muttermund verstrichen um 9 Uhr Morgens. Die Geburt ging aus 2 Schädellage vollkommen normal vor sich. Im Wochenbett stieg die Temperatur am 5. Tage auf 38,0. Der Uterus war gut contrahirt. Die Wöchnerin wurde am 6. Tage entlassen um 1 Uhr Mittags des 8. December. Nachdem die Patientin angekleidet worden und auf den Corridor hinausgegangen war aus dem Krankenzimmer, trat plötzlich Unwohlsein auf; sie wurde sogleich ins Zimmer zurückgeführt und aufs Bett gelegt. Zufällig hereintretend konnte ich folgengen Status aufnehmen: Leichenblässe, Collaps, Schweissausbruch, Mydriasis. Gleich nach meinem Kommen trat Paralyse der Sphincteren ani et vesicae urinariae ein mit unwillkürlichem Abgang von Koth und Harn; der Puls war nicht fühlbar an der Radialarterie. Es wurde die Diagnose auf Lungenarterienembolie gestellt.

Nach einigen subcutanen Aetherinjectionen und Anwendung anderer Belebungsmittel wurde der Puls wieder fühlbar, das Bewusstsein kehrte zurück, die Patientin gab an, es gehe ihr besser. Nach kurzer Zeit erneuerte sich jedoch die Ohnmacht, der Puls setzte aus, Strabismus divergens trat ein mit Lippenblässe und grosser Unruhe, die Athmung stieg auf 36, dann auf 40 in der Minute. Das Gesicht wurde nun cyanotisch, und ungeachtet wiederholter subcutaner Aetherinjectionen und künstlicher Athmung verstarb die Kranke um 1 Uhr 25 Minuten Mittags.

Sectionsprotocoll vom 10. December. Pathologisch-anatomische Diagnose: embolia arteriae pulmonalis.

Der Körper normal entwickelt, von guter Ernährung. Todtenflecke reichlich vorhanden. Das Schädeldach löst sich leicht von der harten Hirnhaut. Die Diploe ziemlich blutreich. Die harte Hirnhaut mässig injicirt; die grossen Blutleiter derselben enthalten flüssiges Blut. Die Venen der Pia mater sind mit Blut gefüllt, die Basilararterien des Gehirns leer. Die Hirnsubstanz fest und von blasser Farbe; im übrigen ist das Gehirn von normaler Beschaffenheit. Die Lungen sind nicht verwachsen, lufthaltig, von äusserst heller Farbe. Herz von normaler Grösse, Musculatur blass ohne wesentliche Veränderungen; die Klappen normal und schlussfähig. Der linke Ventrikel und Vorhof leer, der rechte Ventrikel und Vorhof dagegen mit Blut und Coagula gefüllt. Im Stamme der Arteria pulmonalis viel Blut, an der Theilungsstelle sitzt der Wand nicht adhärent ein grosser frischer Thrombus geronnenen Blutes von dunkler Farbe; von diesem setzen sich umfangreiche Blutcoagula in beide Zweige der Arterie fort. Den Kern des ziemlich consistenten Thrombus bilden ältere Coagula von hellerer Farbe, die wahrscheinlich Ursache der Thrombose waren. Der Thrombus ist fraglos zu Lebzeiten entstanden. Die Arterienwände im Bereich desselben sind unverändert. Die Leber, nicht vergrössert, ist abgesehn von venöser Stauung normal; ebenso Milz und Nieren. Venöse Hyperämie des Darmtractus. Der Uterus ist gut contrahirt, die Sinus desselben mit Blut gefüllt; im Cavum ein grosses ganz frisches Blutcoagulum der Placentarstelle aufsitzend, die sich an der vorderen Wand befindet. An der Placentarstelle sitzen locker unscheinbare Fibrinpfröpfe, aber viele von ihnen erscheinen als Gebilde frischer Blutcoagula. Die Decidua ist mit Blut durchtränkt. Ausser dem Blutcoagulum im Uteruscavum fand sich noch ein kleiner Rest vollkommen frischer Eihäute. Die Ligamenta lata, Muttertrompeten und Ovarien hyperämisch mit venöser Stauung.

Die Harnblase weist keine Veränderung auf.

Microscopische Untersuchung des Thrombus. Sowohl der Stamm als die Theilungsstelle des Thrombus der Lungenarterie sind in Serienschnitte zerlegt worden und gelangen einzelne Präparate zur Besprechung. I) Aus dem Stamme: 1) Das centrale Ende des Thrombus besteht hauptsächlich aus frischem Gerinnsel, gebildet aus einer festen Masse rother Blutkörperchen. In der Umgebung des Thrombus befinden sich organisirte Theile, die meist aus Fibrinstreifen zusammengesetzt sind. Letztere legen sich zur Peripherie hin dichter aneinander und schliessen schmale Säulen rother Blutkörperchen ein.

Die erwähnten Fibrinstreifen sind mit Leukocyten infiltrirt. Die Randtheile des organisirten Thrombus stellen eine hyaline Masse dar, durchsetzt mit Fibrinstreifen. Die Infiltration mit Leukocyten ist bei den hyalinen Massen besonders deutlich ausgesprochen, die von frischen rothen Thromben umsäumt erscheinen.

Dieser Thrombus trägt den Charakter eines rothen frischen Thrombus, dem an der Peripherie der Theil eines alten gemischten Thrombus angelagert ist.

2) In diesem Präparate erscheinen die hyalinen Massen an der Peripherie des Thrombus aus unregelmässig gestalteten streifenartigen Gebilden zusammengesetzt.

II) Aus der Theilungsstelle: 1) Dieser Schnitt weist die Fortsetzung des Thrombus in beide Arterienäste nach; die Thromben der Aeste sind ungleich und untereinander durch eine Brücke von 2—3 mm. Länge verbunden. Diese Brücke besteht aus Fibrinfäden und zeigt brüchige Beschaffenheit. Ein Drittel der rechten Hälfte des Thrombus besteht aus organisirter, wenn auch nicht fester Masse, die mit Inseln rother Blutkörperchen durchsetzt ist. Die übrigen zwei Drittel charakterisiren einen rothen frischen Thrombus, ebenfalls durchsetzt mit breiten Fibrinstreifen älteren Datums. Unter letzteren finden sich solche mit hyaliner Umwandlung. In der linken Hälfte des Thrombus findet sich nur ein kleiner Theil organisirt. Die Organisirung ist indessen in beiden Hälften des Thrombus eine gleichaltrige.

Auf Grund dieses Präparates lässt sich schliessen, dass sich der Theil eines alten Thrombus auf der Theilungsstelle der Lungenarterie als reitender Embolus festgesetzt hat und die Bildung eines frischen Thrombus hervorrief. Die Inseln hyaliner Massen im Innern des rothen Thrombus sind im Querschnitt getroffene Fetzen des alten Thrombus Auch hier hat eine Infiltration der Fibrinmassen mit weissen Blutkörperchen stattgehabt.

III. Dieses Präparat stammt aus der Fortsetzung des Thrombus in den rechten Arterienast und besteht fast ausschliesslich aus rothen Blutkörperchen. Nur hier und da trifft man Inselchen hyaliner Massen und engmaschige Fibrinnetze, die an den alten Thrombus erinnern.

IV. Im linken Aste der Lungenarterie enthält der Thrombus zwei von Fibrinfäden scharfumgrenzte Inseln, deren Centrum aus hyalinen Massen, Leukocyten und spärlichen rothen Blutkörperchen zusammengesetzt erscheint. Den übrigen Theil des Thrombus bilden rothe Blutkörperchen.

Die bei der Section ausgesprochene Vermuthung, es könne der Embolus aus einem Fibrinpfropf des Uterus herrühren, konnte ich leider nicht durch den Nachweis von Deciduazellen oder Chorionzotten bestätigen. Die Untersuchung des Thrombus ergab also nur das Vorhandensein eines Embolus in der Arteria pulmonalis, der bei Lebzeiten von einer Stelle des Körpers durch den Blutkreislauf dahingeschwemmt wurde und Thrombose erzeugt hatte. Diese Stelle liess sich durch die microscopische Untersuchung allein nicht feststellen. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist der Embolus aus den Venen des Unterleibes gekommen.

II. Nr. 1735. 1884.

28-jährige VII. para kam am 24. Juni 1884 in der Anstalt normal nieder. Am ersten Wochenbetttage stieg die Temperatur auf 38,0, Puls 80, Athmung 20. Die Gebärmutter druckempfindlich von weicher Consistenz, die Lochien waren stark blutig gefärbt. Am 7. Wochenbetttage am 1. Juli wurde Patientin gemäss ihrer Bitte aus der Anstalt entlassen. Während des Ankleidens klagte sie plötzlich über Uebelkeit und Schwindelgefühl; beim Hinausgehn aus dem Wochenzimmer auf den Hof theilte sie ihrer Begleiterin mit, sie werde schwindlig und sank alsbald bewusstlos zu Boden. Der herbeigerufene Arzt fand folgenden Status: Das Gesicht leichenblass mit Schweiss bedeckt, die Lippen cyanotisch, aus dem Munde quoll schaumiger Speichel. Trismus, Mydriasis, die Augäpfel nach oben verdreht. Weder Puls noch Ath-

mung wahrnehmbar. Sofort wurde die Moribunde in die Abtheilung zurücktransferirt, wo durch subcutane Aetherinjectionen der Puls fühlbar wurde und die Athmung mit Anstrengung aller Auxiliarmuskeln krampfartig einsetzte. Die Cyanose verringerte sich, der Starrkrampf verschwand, jedoch blieben Hautreize reactionslos. Nach 25 Minuten kehrte jedoch der Trismus wieder, Puls mit Athmung sistirten und der Tod trat ein.

III. Nr. 3585. 1884.

43-jährige XI. para hatte die erste Regel im 13. Lebensjahre von 7 tägiger Dauer und 4 wöchentlichem Typus. Am 25. December 1884 um 2 Uhr Mittags trat sie als Kreissende in die Anstalt ein. Temperatur 38,7. Puls 100. Die Wehen begannen am 24. December. Die Geburt eines nicht ausgetragenen Kindes verlief normal aus 2. Schädellage. Nachgeburtsperiode: Höchste Temperatur 37,3, Puls 65, Athmung 20. Am 1. und 2. Tage wurden Blutcoagula aus dem Uterus ausgestossen. Bei der Entlassung am 31. December, dem 4. Wochenbetttage befand sich der Uterus 3½ Querfinger oberhalb der Symphyse; während die Kranke auf die Treppe hinaustrat wurde sie schwindlig und fiel zu Boden. Sie wurde in die Abtheilung zurückgebracht. wo sie nach 10 Minuten verstarb. Sectionsprotocoll 24 Stunden post mortem: Grosse Leiche von guter Ernährung. Das Bauchfell unverändert; der Uterus wenig zurückgebildet, stellt einen zerreisslichen Sack dar; am Fundus findet sich ein blutigseröses Exsudat. Die Musculatur ist überall mit kleinen Myomen durchsetzt. Die Mündungen der grossen Venen sind theilweise durch feste Fibrinthromben verschlossen. Die an der vorderen Wand befindliche Placentarstelle ist mit derben Blutgerinnseln bedeckt, die sich in die Gefässlumina erstrecken. Cervix und Vagina normal. In der Vena oophorica sinistra sitzt ein derber Thrombus. Die Nieren sind vergrössert und erscheinen auf dem Durchschnitte körnig verändert; die Kapsel lässt sich nur schwer entfernen. Die Milz ist sehr bedeutend vergrössert, das Gewebe zerreisslich. Die Leber umfangreich, das Parenchym getrübt und brüchig. Die Peyerschen Placques umfangreich von trüber Färbung. Im Ileum sind die Lymphfollikel geschwellt, theilweise in einander verschwommen. Die Pleurablätter beider Lungen sind in ihrem oberen Theile infolge eines abgelaufenen peribronchitischen Processes mit einander verklebt. Im Herzbeutel eine geringe Menge klaren Transsudates. Auf der Herzoberfläche reichliche Fettablagerungen; das Herz von normaler Grösse. Der rechte Ventrikel und Vorhof collabirt, in ersterem ein kleines festes Gerinnsel, in letzterem kein Inhalt; die Klappen unverändert. Die Wand der Arteria pulmonalis dünn und brüchig, im Lumen des Stammes und ganzen rechten Astes sitzt ein Thrombus aus frischen, der Wand nicht adhärenten Blutgerinnseln, dessen Kern aus alten zum Theil bereits eingeschmolzenen Thromben besteht. Die Mündung des linken Arterienastes ist vom Thrombus des Stammes verlegt. Im linken Herzen finden sich wenig umfangreiche postmortale Blutgerinnsel. Die Musculatur ist äusserst brüchig und von trüber Zeichnung.

Aus der Literatur habe ich 15 Fälle zusammengestellt, den meinigen gleich, das heisst mit tödtlichem Ausgange im Wochenbett; nicht berücksichtigt blieben Fälle von Lungenembolie, wo ein anderes Moment die primäre Todesursache war. Ferner sind bei diesen 15 Fällen die Beweise der Embolie durch die Autopsie erbracht. Betrachten wir die vorliegenden 18 Fälle näher (15 aus der Literatur und die 3 obenangeführten). Der Tod trat ein in der I. Woche nach der Entbindung bei 7, in der II. Woche bei 5, in späterer Zeit bei 6. Blutungen im Wochenbett wurden beobachtet bei 6. Chirurgische Operationen (Spaltung einer fissura recti im VI. Schwangerschaftsmonate) bei 1. Complicationen: Phlegmasia alba dolens bei 6.

In 11 von 18 Fällen erweist die Section mehr oder weniger umfangreiche Thrombosirung der Unterleibs- resp. Beckenvenen; 6 Mal ist die vena iliaca betroffen. 2 Mal die vena femoralis, 3 Mal die vena ovarica.

Viermal hatte keine Thrombose stattgefunden, 2 Mal war Phlebitis uteri vorhanden. Eine Leiche war nicht obducirt worden. Die Thrombose der Lungenarterie erstreckte sich, auf beide Aeste 9 Mal, auf einen Ast 7 Mal, und zwar nach rechts 5 Mal, nach links 2 Mal. In 2 Fällen unermittelt. Der äussere Anlass zur Embolie war gegeben; 8 Mal in Bewegung, beim Aufstehen aus dem Bette oder Treppensteigen 3 Mal, bei Einreibung am Schenkel 1 Mal, bei stärkerer Bewegung im Bette 4 Mal.

Der Tod erfolgte: in wenigen Minuten (1—25) in 6 Fällen, in mehreren Stunden in 12 Fällen.

Es lässt sich aus den Fällen ersehn, dass die Embolie und Thrombose der Lungenarterie fast stets von den thrombosirten Abdominalvenen resp. denjenigen des Beckens ausgeht. Eine autochthone Gerinnung, d. h. beginnend von den peripheren Lungenblutgefässen, zum Herzen fortschreitend, dürfte wohl nicht beobachtet worden sein. Eine wichtige Rolle spielt die erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Wöchnerinnen.

In der Literatur fand ich die Ansicht ausgesprochen: Contrahirt sich der Uterus mangelhaft, so kann durch Blutung eine Thrombosirung der Uterusvenen zu Stande kommen, die sich auf die Beckenvenen fortpflanzt. Eine Loslösung eines Thrombusstückes führt dann eventuell die Embolie herbei.

Zum Schlusse möchte ich noch auf ein characteristisches Symptom bei Lungenembolie aufmerksam machen: die Blässe der Lippen, die erst spät einer cyanotischen Färbung weicht. In Bezug auf die Prophylaxe ist nur hervorzuheben: Möglichst lange Bettruhe nach der Geburt einzuhalten. Bei Phlegmasia alba dolens nie Einreibungen ins Bein zu gestatten.

In letzter Zeit ist auf ein Symptom von pathognostischem Werthe aufmerksam gemacht worden: Das abnorme Verhalten des Pulses im Wochenbette. Die Zahl der Pulsschläge entspricht nicht der betreffenden Temperatur, sondern ist um ein bedeutendes erhöht.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hoche: Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, I. Band, Heft I. In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medicin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes herausgegeben von Konrad Alt. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold. 1896. Abonnementspreis per Band (8 Hefte) im Jahr 8 Mk.

Zu den in demselben Verlage erscheinenden gleichartigen Sammlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten gesellt sich diese vierte, mit deren Verwirklichung Herausgeber wie Verleger ein gleiches Verdienst um die prakticirenden Aerzte sich erwerben, welche auf diesem Gebiete «— mit Ausnahme vielleicht der allerjüngsten Generation — so gut wie gar keine Ausbildung genossen haben und sich an ein nachträgliches Fortbilden durch Privatstudium aus Furcht vor der vermeintlichen Schwerverständlichkeit dieses ihnen gänzlich fremden Wissenszweiges nicht einmal herantrauen», mitunter ihn auch absichtlich und vornehm ignoriren.

«Bei der allgemein anerkannten socialen Wichtigkeit dieses Specialfaches ist es aber von weittragendster Bedeutung, dass auch das Gros der praktischen Aerzte dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse entgegenbringt und seine, nach allgemeinem Geständniss, höchst mangelhaften Kenntnisse erweitert. «Kommen doch gerade dem praktischen Arzte die Anfangsstadien und leichteren Formen nervöser und geistiger Erkrankung zur Beobachtung zu einer Zeit, in der durch rechtzeitiges Erkennen und dementsprechendes Eingreifen eine Heilung ermöglicht, oder doch grösseres Unglück von dem Kranken und seinen Angehörigen abgewendet werden kann.»

Das erste Heft enthält eine vorzüglich klare und präcise Darstellung der Frühdiagnose der progressiven Paralyse, dieser in socialer Hinsicht so tief einschneidenden Krankheit.

Das Abonnement auf diese Sammlung können wir als ein lohnendes und nutzbringendes nur lebhaft befürworten.

Michelson.

Emil Guttmann: Grundriss der Hydrotherapie für Aerzte und Studierende. Breslau 1896. Verlag von Preuss und Jünger. 118 pag.

Die Ursachen, warum das Wasserheilverfahren unter den praktischen Aerzten noch nicht die gehörige Ausbreitung ge-

funden hat, sieht der Verf. darin, dass die Hydrotherapie trotz hres wissenschaftlichen Ausbaues auch heute noch vielfach von Laien betrieben wird, dass ferner manche ärztliche Hydrotherapeuten sich in einen Gegensatz zu den übrigen Aerzten stellen zu müssen glauben, alles Heil für die Kranken nur vom Wasser erwartend, dass endlich in der Privatpraxis der Anwendung dieser weder bequemen noch kostenlosen Heilmethode Schwierigkeiten entgegentreten. Zweck des Buches ist es daher, eine kurze auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes zugeschnittene Uebersicht der wissenschaftlichen Hydrotherapie zu geben, zu zeigen, «in welcher Weise sich ihre Methoden auch ausserhalb der Wasserheilanstalt anwenden und in den Kreis der übrigen ärztlichen Heilbestrebungen einfügen lassen», und dadurch «dem ebenso oft verkannten als überschätzten hydriatischen Heilverfahren zu richtiger Würdigung bei dem ärztlichen Publikum zu verhelfen».

Die knappe und übersichtliche Darstellung ist durchaus geeignet, den vom Verfasser erstrebten Zweck zu erfüllen.

Michelson.

Prof. Wernicke: Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Theil II. Die paranoischen Zustände. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1896. 95 pag. Preis Mark 1,60.

Der I Theil, die psycho-physiologische Einleitung, erschien bereits im Jahre 1894.

Im vorliegenden Hefte werden als «paranoische Zustände» die abgelaufenen ungeheilten acuten sowie die chronischen progressiv verlaufenden Psychosen mit krankhafter Veränderung des Bewusstseinsinhaltes zusammenfassend dargestellt und analysirt. Die in der Einleitung auf Grund der Associationslehre entwickelten Anschauungen finden an der Hand typischer Krankengeschichten ihre Demonstration und weitere Ausführung. Der originelle, von den gangbaren Hypothesen und Theorien in vieler Hinsicht stark abweichende und daher auch schon mehrfach bekämpfte Standpunkt Wernicke's kommt überall zum deutlichen Ausdruck. Für den mit der Psychiatrie etwas vertrauten Leser bieten die Vorlesungen grosses Interesse, zur Einführung in das Studium des Faches dürften sie sich weniger empfehlen.

Michelson.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1258 Sitzung am 6. Mai 1896.

Herr Westphalen hält einen Vortrag über die Gastrodiaphanoscopie.

Nach einem kurzen historischen Rückblick geht Ref. zu seinem eigenen Beobachtungsmaterial über. Dasselbe umfasst im Ganzen 28 Fälle, darunter 6 Fälle von normal gelegenem und motorisch normal functionirendem Magen, 11 Fälle geringerer und stärkerer Gastroptose, 2 Fälle von chronischer Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes mit sehr geringer motorischer Schwäche, 1 Fall starker Stagnation der Ingesta nach primärer Gastritis, 2 Fälle von Atonie oder Myasthenie des Magens. 5 Fälle von Pylorusstenose, bei primärem Carcinom des Pylorus, bei muthmasslichem Carcinom des Pancreaskopfes, bei sog. Ulcuscarcinom, 2 Fälle von Carcinom der kleinen Curvatur und Uebergang auf den Pylorus, verbunden mit starkem Tiefstand des letzteren. 1 Fall von Carcinom der kleinen Curvatur, ohne gröbere Motilitätsstörung, 1 Fall von Carcinom der hinteren Magenwand, 1 Fall von muthmasslichem Myxosarcom des Magens, 1 Fall von abnorm grossem Milztumor.

Bezüglich der Technik wäre zu erwähnen, dass Ref. sich des Diaphanoscopes von Kuttner mit einer Wasserzuflussvorrichtung bedient hat. In einigen Fällen wurde der Magen im leeren Zustande, des öfteren bei einer Anfüllung mit 500 und 1000 Ccm. Wasser, meist bei 1000 Ccm. Wasserinhalt durchleuchtet. Die Technik sei sehr einfach, bereite keine Schwierigkeiten, jedoch müsse daran erinnert werden, 1) dass unter Umständen eine mitdurchleuchtete Darmschlinge zu Täuschungen Veranlassung geben kann. Dieselbe zeichnet sich durch ihre kreisrunde Gestalt aus, sowie ferner dadurch, dass dieselbe stets durch eine Verdunkelungszone von dem Lichtbilde des Magens getrennt ist. 2) empfehle es sich stets nach Meltzing's[1]) Vorschlage die Lichtquelle im Magen «wandern» zu lassen, d. h. dieselbe vor — und zurückzuschieben, da nur unter solchen Umständen die wirkliche Grösse des ganzen von der Leber nicht bedeckten Theiles des Magens zur Darstellung gebracht werden kann.

Was die Durchleuchtungsresultate selbst anbetrifft, so lassen sich dieselben in folgende Schlusssätze zusammenfassen:

[1]) Zeitschr. f. klin. Med. 17.

1) Die Gastrodiaphanoskopie leistet nicht mehr als die früheren Methoden der Grössen- und Lagebestimmung des Magens, spec. als die Palpation und die Percussion bei vertikaler und horizontaler Lage des Pat. Die Durchleuchtung des Magens ermöglicht jedoch in relativ kürzerer Zeit ein deutliches Urtheil über die Lage und Grösse des Organs.

2) Unter normalen Verhältnissen begrenzt sich das Durchleuchtungsbild des Magens im Stehen nach oben durch den unteren Leberrand, da nun aber in der grössten Mehrzahl die obere Magengrenze von der Leber verdeckt wird, so kann folglich dieselbe nicht durch die Durchleuchtung festgestellt werden. Nach links begrenzt sich das Lichtbild des Magens durch die linke Mamillarlinie, überschreitet dieselbe in dem oberen Abschnitte zuweilen nach aussen; die untere Grenze findet sich bei Anfüllung des Organs mit einem Liter Flüssigkeit durchschnittlich am Nabel, die rechte darf normaliter nicht die Mitte zwischen der Parasternal- und rechten Mamillarlinie überschreiten. Diese Angaben entsprechen im Grossen und Ganzen denjenigen von Kuttner und Jacobson, sie unterscheiden sich jedoch wesentlich von den Befunden Meltzing's, welcher für normale Verhältnisse wesentlich weitere Grenzen beschreibt.

In der Rückenlage pflegt das Lichtbild gewöhnlich einige Centimeter hinaufzurücken, und erscheint oft — und zwar durchaus nicht allein wie Meltzing gefunden haben will bei einem vergrösserten Magen — verkleinert, augenscheinlich, weil unter Umständen bei der Horizontallage sich das Organ von der vorderen Bauchwand entfernt, zurücksinkt.

Unter normalen Verhältnissen, speciell bei normaler Stellung der oberen Magengrenze und normalem Anliegen derselben an dem Zwerchfell pflegt sowohl im Stehen als auch im Liegen das Lichtbild bei der Inspiration sich nach unten zu verschieben, steigt während der Exspiration wieder hinauf. Diese respiratorische Verschieblichkeit beträgt im Stehen 2—3 Cm., im Liegen mehr.

Auch in diesem Punkte lassen sich die Angaben Kuttner's und Jacobson's bestätigen, denen gegenüber Meltzing jegliche respiratorische Verschieblichkeit des Lichtbildes in verticaler Stellung der Pat. in Abrede stellt.

3) Ein Stand des Lichtbildes bis unterhalb des Nabels findet sich bei der Vergrösserung des Magens und bei dem Tiefstande desselben. Beide Zustände lassen sich jedoch durch den Ausfall der resp. Verschieblichkeit unterscheiden, worauf zuerst von Kuttner und Jacobson hingewiesen ist. Da bei einer Vergrösserung des Magens die obere Grenze ihre Berührungsfläche mit dem Zwerchfell beibehalten hat, so pflegt bei derselben die resp. Verschieblichkeit eine ganz normale zu sein. Bei der Gastroptose hingegen, bei welcher der Magen in toto herabgesunken ist und eine Entfernung der oberen Grenze vom Zwerchfell besteht, pflegt die resp. Verschieblichkeit in vertikaler Stellung des Pat. wesentlich geringer zu sein, kann bei höheren Graden vollkommen fehlen. In Horizontallage, bei welcher der Magen augenscheinlich wieder in die linke Zwerchfellaushöhlung zu liegen kommt, sehen wir jedoch wieder die resp. Verschieblichkeit auftreten.

4) Für Pylorusstenosen infolge von Ulcus hat Meltzing angegeben, dass hierbei besonders ein Tiefertreten des unteren Magenabschnittes, eine Dilatation namentlich des praepylorischen Theiles des Magens bemerkt werden kann. Ref. kann diese Angaben nicht bestätigen, da er bei 5 Fällen von meist carcinomatöser Pylorusstenose durchaus keine derartige Gesetzmässigkeit erkennen konnte.

5) Bei Stagnation der Ingesta infolge einer primären Schwächung der Magenmuskulatur nach Gastritis findet Meltzing besonders eine abnorme Dehnbarkeit des pylorischen Magenabschnittes, welcher sich bis an die mittlere Axillarlinie nach rechts erweitern kann. Ref. kann auch diese Angaben nicht bestätigen. Jedoch ist es ihm aufgefallen, dass in 2 Fällen von chron. continuirl. Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes ohne gröbere Stagnation das Magenbild auffallend gross und zum Theil auch besonders nach rechts hin vergrössert erschien.

6) Bei der Myasthenie des Magens meint Meltzing, dehne sich der Magen schon bei einer relativ kleinen Belastung gleich bis an seine Grenzwerthe aus und erfahre infolge dessen bei weiterer Belastung das Lichtbild keine Vergrösserung. In 2 darauf hin untersuchten Fällen fand Ref., dass nach Fixirung des Lichtbildes bei 500 Ccm. Wasseranfüllung, der Zufluss weiterer 500 Ccm. das Lichtbild ebenso wie unter normalen Verhältnissen, sowohl nach rechts, als auch nach unten vergrössern liess, mithin auch in diesem Punkte den Angaben Meltzing's widersprochen werden muss.

7) Bezüglich der Durchleuchtung des Magens bei Tumoren desselben hatte Ref. folgende Resultate:

Bei 5 Fällen von Pyloruscarcinomen zeigte die Gastrodiaphanoscopie einfach einen mehr oder minder stark vergrösserten Magen. In 2 Fällen fand sich das Lichtbild namentlich nach links wesentlich verbreitert, schloss jedoch nach rechts

ungefähr mit der Medianlinie ab. In beiden Fällen war der Tumor im linken Epigastrium belegen, wobei eine gleichzeitig bestehende hochgradige Stagnation der Ingesta auf ein Hinderniss am Pylorus hinwies. Der eine der Fälle kam zur Section. Hierbei fand sich nun ein Tumor der kleinen Curvatur des Magens mit Uebergang und Stenose kurz vor dem Pylorus. Gleichzeitig eine Verzerrung des Pylorus durch den Tumor nach links und unten.

In einem weiteren Falle wurde auf Grund des Durchleuchtungsbildes ein Tumor der vorderen Magenwand angenommen. Bei der Laparotomie stellte es sich jedoch heraus, dass der Tumor im Gegentheil an der hinteren Magenwand belegen war.

In einem anderen Falle, bei welchem im Spülwasser Tumorfetzen von der histologischen Structur eines Myxosarcoms aufgefunden wurden, ergab das Durchleuchtungsbild eine nur partielle Verdunkelung, woraus auf eine diffuse, die Magenwand gewissermassen infiltrirende Neubildung geschlossen wurde. Der Kranke kam im Obuchow-Hospital zur Obduction und steht zur Zeit die mikroscopische Untersuchung des hierbei gefundenen Tumors noch aus.

Keinerlei diagnostische Resultate gab die Durchleuchtung bei einem Carcinom, welches vermuthlich der kleinen Curvatur des Magens angehörte, jedoch keinerlei grobe Motilitätsschwäche bewirkte.

Nur in einem einzigen Falle verhalf die Gastrodiaphanoscopie zu einer präciseren Diagnose. Es handelte sich hierbei um einen grösseren Tumor der linken Bauchhälfte, welcher unter dem linken Rippenbogen hervorkam. Nach Einigen sollte derselbe die vergrösserte Milz, nach Anderen eine Hydronephrose darstellen. Bei der Durchleuchtung zeigte es sich nunmehr, dass der Tumor vor dem Magen gelegen war und seinen Schatten auf das Durchleuchtungsbild warf, ferner deutlich respiratorisch auf und ab stieg, — mithin nur die vergrösserte Milz sein konnte. Thatsächlich erwies sich auch diese Ansicht als die richtige, da bei der Laparatomie eine wahrscheinlich durch Malaria enorm vergrösserte Milz gefunden wurde.

Herr Hörschelmann berichtet im Anschluss an den Vortrag über die Resultate, welche Epstein (Jahrb. f. Kinderheilkunde XLI Bd. Heft 3 u. 4 1896) bei der Magendurchleuchtung von Säuglingen erhalten hat. Die Technik sei auch hier leicht, die zur Anfüllung des Magens verwandte Wassermenge beträgt 100—350 Ccm. Es empfehle sich ferner stets die Durchleuchtung in halbsitzender Stellung der Kinder vorzunehmen. Hierbei tritt dann der Magen sehr schön in seinen Umrissen hervor, benachbarte Darmschlingen werden nicht mit durchleuchtet, nur könne man oft das vor dem Magen belegene Colon transv. als dunkleren Streifen auf hellem Felde erkennen, auch gelingt es zuweilen das Flüssigkeitsniveau durch die Durchleuchtung festzustellen.

Epstein hält die Gastrodiaphanoscopie bei Säuglingen für ein sehr werthvolles Mittel für die Feststellung der Magengrösse und folglich auch, wie er meint der Motilität des Magens.

Allerdings wäre der kindliche Magen noch mehr als derjenige von Erwachsenen, Schwankungen seiner Grösse und Lage unterworfen, auch sei die Insertionsstelle der Nabelschnur eine sehr inconstante, immerhin würde er jedoch ein Durchleuchtungsbild, welches unterhalb des Nabels und bis über die linke mittlere Axillarlinie hinausrückt, für vergrössert halten.

Des weiteren bemerkt Herr Tiling zu dem von Ref. erwähnten Falle, bei welchem die Durchleuchtung eine Verdunkelungszone des Lichtbezirkes ergeben hatte, infolgedessen ein Tumor der vorderen Magenwand diagnosticirt wurde der sich aber bei der Laparotomie als eine Gewulst der hinteren Wand erwies, dass es sich hierbei um eine bei weitem grössere Neubildung handelte, als palpatorisch durch die Bauchdecken angenommen werden konnte mithin auch trotz sonst für die Operation günstiger Bedingungen unmöglich entfernt werden konnte. Zur Erklärung des Widerspruches des diaphanoscopischen Bildes und des thatsächlichen Befundes liesse sich folgende Ueberlegung anführen. Bekanntlich pflegt bei Anfüllung des Magens eine Verschieblichkeit seiner Theile einzutreten, derart, dass mit stärkerer Belastung des Organs die untere Magengrenze zur vorderen Wand werde. Infolge dessen legt man auch bei der Gastroenterostomie nach Hacker die Magendarmfistel an der hinteren Wand des leeren Organs an, damit dieselbe bei der Anfüllung des Magens später den tiefsten Punkt erhalte. In ähnlicher Weise könnte auch im gegebenen Falle vorausgesetzt werden, dass der an der hinteren Wand des leergespülten Organes belegene Tumor bei Wasseranfüllung des Organes tiefer treten musste, zunächst an die untere Begrenzung, bei weiterem Zuflusse in gleichmässiger Bewegung wieder höher an die vordere Wand des Magens. In dieser Stellung konnte nunmehr der Tumor als vor der Lichtquelle belegen einen dunkelen Schatten auf das helle Lichtbild werfen.

Herr Westphalen. Dieser Erklärung, gegen welche sich durchaus nichts einwenden lasse, könnte auch vielleicht eine andere zur Seite gestellt werden, diejenige, dass sich die Lampe möglicherweise in einer Furche zwischen der Geschwulst und der Magenschleimhaut verfangen hat und infolge dessen auch einen Schatten auf die vordere Durchleuchtungsfläche werfen musste.

Director Dr. W. Kernig.
Secretair Dr. Westphalen.

68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt am Main vom 21—29. September 1896.

Bereits zum dritten Mal ist es der Stadt Frankfurt am Main vergönnt gewesen, die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, dieses Vorbild aller naturwissenschaftlichen und medicinischen Specialcongresse nicht nur Deutschlands, sondern auch des Auslandes, in seinen Mauern beherbergen zu können. Schon vor 71 Jahren (1825), bald nach der Gründung der Gesellschaft fand in Frankfurt die (vierte) Versammlung statt, und dann zum zweiten Mal im J. 1867. Während die im J. 1825 aber nur 108 Theilnehmer zählte, hatten sich in diesem Jahre nicht weniger als 2670 Naturforscher und Aerzte zum Congress eingefunden.

Die officielle Eröffnung des Congresses fand am 21. September in Gegenwart der Kaiserin Friedrich, die sich auch als Theilnehmerin hatte einzeichnen lassen, durch den derzeitigen ersten Geschäftsführer, den bekannten Laryngologen Geh. Sanitätsrath Prof. Moritz Schmidt statt, welcher in seiner Rede den Antheil der Stadt Frankfurt an der Entwickelung der Naturwissenschaften und der Medicin schilderte, wobei er namentlich die hervorragende Thätigkeit des Senckenbergischen Instituts betonte, und zum Schluss einen interessanten Vergleich zwischen Einst und Jetzt zog. Ein Blick auf die in der «Isis» abgedruckten Verhandlungen der Naturforscher-Versammlung vom Jahre 1825 lasse so recht den Unterschied und die Fortschritte erkennen, welche die Wissenschaften seit der damaligen Zeit, seit 70 J. gemacht haben. Man sollte es kaum glauben, dass die Zeit noch so nah liegt, in der sich ein Vortragender auf der damaligen Versammlung die Lehre von der Blutcirculation als in Beobachtung nicht begründet und mit den sonstigen Verhältnissen der Natur nicht vereinbar erklärte und derselbe Gelehrte im darauffolgenden Jahre in Dresden die Existenz des doch auch schon 50 Jahre vorher entdeckten Sauerstoffs und des Kohlenstoffs bestritt, welche seiner Ueberzeugung nach nur «ausgedachte Stoffe, mithin ein Gedankending» seien.

So fundamentale Unterschiede, wie er sie eben gegen die Zeit der ersten Versammlung festgestellt, führt Redner weiter aus, werde der erste Geschäftsführer der in abermals 70 Jahren stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in seiner Eröffnungsrede nicht zu verzeichnen haben, denn schon 1825 habe sich in der Wissenschaft der grosse Umschwung von der naturphilosophischen zu der naturwissenschaftlichen Schule vollzogen. Eine ganze Anzahl mathematisch festgestellter Thatsachen sei in den Kreis unserer Kenntnisse und Vorstellungen aufgenommen worden die zwar vervollkommnet, ausgebaut, aber nicht umgestossen werden können. Man könne wohl mehr und mehr zu der Erkenntniss kommen, dass es nicht die Mikroorganismen als solche sind, welche die Krankheiten verursachen, sondern ihre chemischen Produkte, könne aber nicht annehmen, dass die grossen Entdeckungen Robert Koch's in Bezug auf die Bacillen der Tuberculose und Cholera, dass die grossen Fortschritte, die wir den Forschungen Löfflers und Behrings verdanken, sich je als fundamentale Irrthümer erwiesen werden. Die neueste Entdeckung Röntgens werde vervollkommnet werden, aber als Irrthum könne sie sich nie herausstellen, denn wir sehen jetzt mit unseren Augen die Knochen im lebenden Körper, die Pulsation des Herzen, ja sogar die Fremdkörper im Gehirn. Ebenso werden wir gewiss verbesserte Operationsmethoden kennen lernen, weitere Organe in den Bereich unserer chirurgischen Eingriffe ziehen, aber alle diese Eingriffe werden sicher immer auf dem Grundsatze des grossen Engländers Lister, dem Grundsatze der Fernhaltung der schädlichen Mikroorganismen und ihrer Produkte beruhen müssen. In Zukunft werden wir vielleicht erkennen, dass Sauerstoff und Kohlenstoff keine einfachen Körper sind, Zweifel an denselben werden aber nie wieder aufsteigen! Wir werden vielleicht sogar lernen, wenn auch nicht aus Steinen, so doch aus Holz Nahrungsmittel herzustellen, wie uns das Prof. Meyer aus Heidelberg in einer seiner geistreichen Reden verheissen hat.

Nach dieser Rede und nach den officiellen Begrüssungsworten seitens der Vertreter der Regierung, der Stadt, ver-

schiedener Vereine etc. verlas Prof. v. Ziemssen (München) den Geschäftsbericht und begannen nun die eigentlichen wissenschaftlichen Vorträge, deren ersten Prof. Buchner (München) über «Biologie und Gesundheitslehre» hielt.

Auf der diesjährigen Versammlung der Naturforscher und Aerzte ist eine wissenschaftliche Arbeit in solcher Grösse geliefert worden, wie wohl kaum auf einem vorhergehenden Congress, besonders erregten die Forschungen über das Gehirn von Flechsig (Leipzig), Edinger (Frankfurt) und Ewald (Strassburg) Aufsehen.

Zum nächsten Versammlungsort der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte wurde Braunschweig gewählt.

Vermischtes.

— Am 26. September hat an der Universität Jurjew (Dorpat) der zum Nachfolger Prof. Barfurth's ernannte ausserordentliche Professor der Entwickelungsgeschichte Histologie und vergleichenden Anatomie, Dr. N. Tschermak, seine Antrittsvorlesung gehalten, welche von der Bedeutung der Biologie als einer wissenschaftlichen Disciplin und socialen Macht handelte.

— Der Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Universitätsklinik in Kasan, Dr. W. Kusmin, hat seinen Abschied genommen und ist an seine Stelle der bisherige Leiter der chirurgischen Hospitalklinik, Prof. W. J. Rasumowski, getreten.

— Zum Decan der medicinischen Facultät in Kasan ist an Stelle Prof. Gay's der Professor der pathologischen Anatomie Ljubimow ernannt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Kursk hat den früheren Moskauer Professor Dr. Erismann einstimmig zu ihrem Ehrenmitgliede gewählt. Die Zahl der Adressen, welche demselben mit dem Ausdruck unbedingter Anerkennung seiner fruchtbringenden Wirksamkeit in Russland als Universitätslehrer und Hygieniker seitens russischer ärztlicher Gesellschaften und Congresse an seinen jetzigen Wohnsitz Zürich zugesandt worden sind, ist eine recht grosse und nimmt noch immer zu.

— Am 21. September fand in Moskau die Eröffnung der neugebildeten Gesellschaft russischer Aerzte statt, welche auf Initiative der DDr. A. P. Lewitski und Tschuprow gegründet worden ist, weil die seit 1873 in Moskau bestehende Chirurgische Gesellschaft sich wegerte, Aerzte ohne Doctor-Diplom als Mitglieder aufzunehmen. Die neue Gesellschaft, die bereits gegen 80 Mitglieder zählt, wählte zu ihrem Präsidenten Dr. Lewitski und zum Vicepräsidenten Dr. F. J. Bereskin. Nachdem die beiden Gründer Lewitski und Tschuprow die Ziele der Gesellschaft dargelegt, erfolgte die Verlesung der eingelaufenen Begrüssungs-Telegramme.

— Verstorben: 1) In Kiew der frühere Oberarzt des Landschaftshospitals in Njeschin, Saul Kowner, an Oesophaguskrebs im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in der Kiewer Universität erhalten, in welcher er von 1860—65 studirte. Nach Erlangung des Aerztegrades eximia cum laude wurde er zur weiteren Ausbildung auf 2 Jahre bei der Universität belassen, nahm jedoch 1868 die Stelle eines Landschaftsarztes im Kreise Njeshin an, wo er später von 1873 bis 1884 die Oberarztstelle am Landschaftshospital bekleidete. Seine literärische Thätigkeit begann K. schon auf der Universität, wo er eine Abhandlung über «Spinoza und seine Philosophie» veröffentlichte. Später widmete er sich ganz der Geschichte der Medicin, von welcher er 3 Bände herausgeben hat. — 2) Am 24. September n. St. in London der Professor emeritus der Chirurgie am University College Hospital, Sir John Eric Erichsen.

— Der berühmte Physiolog Prof. Dr. du Bois-Reymond, welcher nach seinem 50-jährigen Jubiläum nicht unbedenklich erkrankt war, befindet sich bereits in der Besserung.

— Um den ausländischen Aerzten, welche im nächsten Jahre zum internationalen Congress nach Moskau kommen, bei ihrem Besuch St. Petersburgs einen würdigen Empfang zu bereiten und ihnen die Besichtigung der sie interessirenden Sehenswürdigkeiten zu erleichtern, hat sich hier auf Initiative Prof. O. Petersen's ein Comité gebildet, zu dem der Chef der mil.-med. Academie Prof. Paschutin, die Chefs des Medicinalwesens der Armee und der Flotte, Remmert und Kudrin, der Director des Medicinaldepartements Ragosin, der Director des Instituts für Experimental-Medicin Lukjanow, der Director des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Rauchfuss, sowie die Professoren Ott, E. Pawlow, J. Pawlow, Petersen, Sklifassowski, Tarenezki und Turner gehören.

— Die Eröffnung des allrussischen Syphilidologen-Congresses, welcher die zur Bekämpfung der Syphilis zu ergreifenden Massregeln berathen soll, ist auf den 18. December d. J. festgesetzt und sind bereits die Einladungen zur Theilnahme am Congress an die Medicinal-Inspectoren, alle Professoren und Docenten, die sich speciell mit dem Studium der Syphilis beschäftigen, an die Landschaften der Gouvernements, in welchen diese Seuche stark verbreitet ist. und a. m. ergangen. Beim Medicinal-Departement ist eine Specialcommissien unter dem Präsidium des Directors des Departements Dr. Ragosin mit der Sichtung des aus verschiedenen Gegenden des Reichs eingelaufenen Materials und der Feststellung des Programmes für den Congress beschäftigt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Sept. d. J. 7304 (63 mehr als in d. Vorw.), darunter 998 Typhus — (23 wen.), 798 Syphilis — (2 wen.), 111 Scharlach — (10 mehr), 96 Diphtherie — (7 mehr), 9 Masern — (2 wen.) und 24 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.)

Am 28. Sept. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7340 (36 mehr als in der Vorwoche), darunter 1009 Typhus — (11 mehr), 846 Syphilis — (48 mehr), 112 Scharlach — (1 wen.) 103 Diphtherie — (7 mehr), 12 Masern (3 mehr) und 26 Pockenkranke (2 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. September 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																	
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
242	203	445	96	26	66	12	8	19	51	37	34	29	30	28	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 39, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 2, Scharlach 6, Diphtherie 24, Croup 1, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 48, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 51, Todtgeborene 24.

Für die Woche vom 22. bis 28. September 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen:																	
M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
269	234	503	103	29	72	17	11	21	66	40	44	42	34	14	8	2

2) nach den Todesursachen:

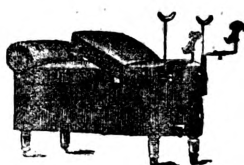
— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 36, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 4, Scharlach 14, Diphtherie 14, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 17, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 23.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. October 1896.

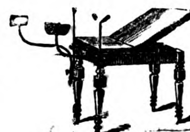
✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. October 1896.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von CARL RICKER in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.



Operations- u. Untersuchungs-Tische
und **STÜHLE** aus Holz oder Eisen von Mk. 40 an.
Operations- u. Untersuchungs-Sofas
von Mk. 60 an. **Instrumenten-Schränke** von Mk. 35 an. **Verband-Tische, Waschtoiletten** etc. **Krankentragen u. Fahrbahren.**
AUG. SPANGENBERG,
KRANKEN-MÖBEL-FABRIK,
Berlin S. O., Neanderstr. 3.
Chirurgische Instrumente gehen zollfrei.



Hunydi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen **«Saxlehner's Bitterwasser»**.
(47) 17—9.

NERVI

Riviera, Italien.

Pension Lindenberg.

Deutsche Familien-Pension.
Empfohlen von Dr. **Weissenberg**, Curarzt in Nervi. (105) 5—4.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches, manganhaltiges Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Form gebunden enthält. Darstellung en gros in der Apotheke von Mag. Hertel in Mitau.

Verkauf in allen Apotheken.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.
Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (2) 12—10

SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS
GRDE GRILLE
HOPITAL
VICHY
Avoir soin de désigner la Source

Die Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg,
Newski Prosp. № 14, empfiehlt:

Neue Bücher.

Алексѣевъ, П. С., О пьянствѣ. 2-е изд 1896, 60 к.
Кржизицкій, Л., Антропологія. Переводъ съ польск. 1896, 1 р. 50 к.
Мантепацца, П., Счастье и трудъ. Перен. со 2-го итальянск. изд. Русское изд. 3-е. 1896, 50 к.
Шмуклеръ, И. К., Онанизмъ у дѣтей. 1896, 50 к.
Biéreut, L., La puberté chez l'homme et chez la femme. 1896, 2 р. 25 к.
Bock, E., Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränendrüse. 1896. 1 р. 40 к.
Bonhoeffer, K., Seitenstrangerscheinungen bei akuten Psychosen. 1896. 55 к.
Bonnier, P., L'oreille. Anatomie. 1896, 1 р. 15 к.

DR. NAVRATIL'S CURANSTALT

„BELLARIA"

in Arco, der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols
für Lungen-, Herz-, Nerven-Kranke, Reconvalescenten etc.
Alle Curbehelfe, Prospecte und jegliche Auskunft auf Wunsch.
(99) 6—4.

Bouchut et Després, Dictionnaire de Médecine et de Thérapeutique. Avec 1001 gravures. Livr. 9/11. 1896. Цѣна выпуску 45 к.
Brouardel, P., Traité de Médecine et Thérapeutique. Tome III-me: Maladies parasitaires, intoxications, affections constitutionnelles, maladies de la peau. 1896, 5 p. 40 к.
Caroli, Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale 1896, 1 p. 15 к.
Deutsch, M., Die Neurasthenie beim Manne. III-te Aufl. 1895, 1 p. 55 к.
Ehrmann, S., Das melanotische Pigment and die pigmentbildenden Zellen des Menschen und der Wirbelthiere. Mit 12 chromolithogr. Tafeln. (Bibliotheca medica D. II. Heft 6). 1896, 24 p. 75 к.
Eichhoff, P. J., Leitfaden für den Unterricht in der Krankenpflege. 1896, 1 p. 55 к.
Hoffa, A., Lehrbuch der Fracturen und Luxationen. III-te Auflage. Mit 408 Text-Abbild. u. 29 color. Tafeln. 11 p. 55 к.
Lang, E., Hygienische Winke. 1896, 15 к.
Myrdacz, P., Handbuch f. k. und k. Militärärzte. Bd. II. Anhang zu Heft III: Kirchenberger, S., Chronol. Tabellen zur Geschichte d. k. und k. österr.-ungar. Militär-Sanitätswesens 1896, 1 p.
do. Heft IV: Myrdacz, P., Sanitätsgeschichte des Feldzuges 1859 in Italien. 1896, 1 p. 20 к.
do. Heft V: Myrdacz, P., Das russische Militär-Sanitätswesen. 1896, 1 p.
do. Heft VI: Myrdacz, P., Das deutsche Militär-Sanitätswesen. 1896. 1 p. 50 к.
do. VII: Gschirhakel, J., Feldärztliche Improvisationen. 1896, 1 p. 35 к.
Neisser, A., Stereoskopischer Medicinischer Atlas. Lfg. XI: Chirurgie, 2-te Folge. 1896, 2 p. 20 к.
do. Lfg. XII: Chirurgie, 3-te Folge. 1896, 2 p. 20 к.
do. Lfg. XIII: Innere Medicin, 1-te Folge 1896, 2 p. 20 к.
Noir, J., Hygiène et secours et premiers soins à donner aux malades et aux blessés. 1896, 3 p. 40 к.
Proksch, I. K., Dritter Protest gegen Prof. Isidor Neumanns Geschichtsschreiberei über Syphilis. 1896, 35 к.
Simbriger, F., Zur Physiologie und Pathologie des Centralnervensystems. 1896, 2 p.
Springfeld, Zur Entwicklungsgesch. der Apothekenreform. 1896, 55 к.
Starr, M. A., Atlas of Nerve Cells. Съ 53 табл. и 13 діагр. 1896, 25 p. 20 к.
Tackels, C. I., De l'eau potable. 1896, 90 к.
Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXV Congress. Mit 4 Tafeln. 1896, 12 p. 10 к.
Weiss, I., Hämatologische Untersuchungen. 1896, 1 p. 95 к.
Weinberg, R., Die Gehirnwindungen bei den Esten. (Bibliotheca Medica A. I). 1896, 14 p. 85 к.

Дозв. ценз. Спб. 5 Октября 1896 г. Herausgaber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St. Petersburg, 12. (24.) October **1896**

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. W. Beckmann in № 40 dieser Wochenschrift muss es heissen auf Seite 355, Spalte 2, Zeile 4 von oben

statt Tubenfäden — Tubensäcken.

Ueber die im Stadtkrankenhause zu Riga gemachten Erfahrungen mit dem Behring'schen Diphtherie-Heilserum.

Von

Dr. med. Wilhelm Vierhuff.

Assistenzarzt an der therapeutischen Abtheilung.

(Vortrag, gehalten auf dem VIII. livländischen Aerztetage zu Wenden.)

M. H.! Wenn ich mir erlaube, Ihnen die in der Abtheilung für Infectionskrankheiten im Stadtkrankenhause zu Riga gesammelten Erfahrungen mit dem Behring'schen Diphtherie-Heilserum mitzutheilen, so veranlasst mich dazu nicht die Absicht, etwas Neues zu bieten. Ist doch, entsprechend der grossen praktischen Bedeutung dieser Behandlungsmethode, soviel über das Serum geredet und geschrieben worden, dass der Einzelne vollauf Gelegenheit hatte, sich nach allen Richtungen hin zu informiren und die Frage eingehend zu prüfen. Da aber in dieser Gesellschaft dieses Thema noch nicht discutirt worden ist, so scheint mir die Mittheilung über unsere Erfahrungen gerechtfertigt. Sollte dadurch die weitere Anwendung und Prüfung des Mittels gefördert werden, so ist der Zweck der vorstehenden Mittheilung erfüllt.

Ich folge daher der Aufforderung des dirigirenden Arztes der Infectionsabtheilung, des Herrn Dr. Max Schmidt, und theile Ihnen die Daten mit. Auch an dieser Stelle spreche ich Herrn Dr. Schmidt meinen Dank für die Ueberlassung des Materials aus.

Ehe ich an die Mittheilung unserer Daten gehe, scheint es mir geboten, zur richtigen Beurtheilung unseres Materials einige Bemerkungen vorauszuschicken. Behring[1]) sagt: «Ueber den dritten Tag der Krankheit hinaus kann ich für die Wirkung des Heilserums nicht mehr einstehen; nur diejenigen Fälle, die in den ersten 3 Tagen der Erkrankung mit Injectionen von Heilserum in Angriff genommen werden, stelle ich als Objecte der Serumtherapie hin».

Dieses Postulat Behring's findet sich bei unseren Kranken nur in einem Theil der Fälle erfüllt, denn in der Bevölkerungsschicht, aus welcher sich das Krankenhausmaterial hauptsächlich rekrutirt, herrschen leider noch so festgewurzelte Vorurtheile gegen Krankenhäuser, dass die Patienten im Beginne der Erkrankung nur selten ins Krankenhaus gebracht werden. Erst wenn mehrere Tage vergeblichen Wartens auf eine Besserung vergangen sind, wird das Krankenhaus aufgesucht. So ist es zu erklären, dass die Mehrzahl der Diphtherie-Kranken mit einer mehr oder weniger ausgebildeten Stenose einkommen, denn diese scheint bei unseren Diphtherie-Kranken den Hauptgrund für das Aufsuchen des Hospitals zu bilden. Wenngleich bei solchen Spätfällen die Hoffnung auf einen Erfolg der Serumtherapie keine grosse ist, so wurde doch mit der Seruminjection nicht gezögert. Und gerade da bietet sich Gelegenheit, das Serum noch eingehender zu studiren, seine Wirkung im weiteren Verlaufe der Erkrankung zu verfolgen und zu prüfen, wieviel die Serumtherapie bei bereits eingetretenen Complicationen leistet, ob ein Tiefergehen des diphtheritischen Processes in den Larynx, die Trachea, die Bronchien noch zum Stillstand gebracht werden, ob eine ausgebildete Stenose, eine complicirende Pneumonie oder Nephritis noch beeinflusst werden kann.

Hinsichtlich unseres Materials ist noch zu erwähnen, dass die bacteriologische Untersuchung aus äusseren Gründen leider nur in einem Theil der Fälle gemacht werden konnte. Wenn auch heutzutage die bacteriologische Untersuchung zur Stellung der Diagnose ziemlich

[1]) Deutsche Medicinische Wochenschrft. 1895. pag. 19.

allgemein gefordert wird, so glauben wir dennoch zu unseren Untersuchungen auch die Fälle benutzen zu dürfen, wo eine solche fehlt, ein Zweifel an der richtigen Diagnose aber ausgeschlossen erscheint wegen des klinischen Bildes und des Krankheitsverlaufes. Den fehlenden Bacillenbefund glauben wir durch eine exacte klinische Beobachtung, wie sie im Hospital eher möglich ist als in der Privatpraxis, ersetzt zu haben. Sagt doch Prof. Fraenkel: «die Frage des Diphtherieserums kann daher meiner Meinung nach ganz unabhängig von der des Diphtherie-Bacillus behandelt werden.»

Bei der Wahl der Antitoxineinheiten wurde je nach dem Krankheitsfalle vorgegangen. Während in der ersten Zeit mehr Einheiten eingespritzt wurden, d. h. bei schweren Fällen 1500, bei mittelschweren 1000 Einheiten auf einmal, wurde in der Folgezeit eine stärkere Dosis auf mehrere Tage vertheilt: es wurden auch bei schwereren Fällen zunächst nur 600 Antitoxineinheiten dem Organismus zugeführt, nach 24 Stunden folgten weitere 600 Einheiten. Erforderte der Krankheitszustand keine weiteren Einspritzungen, so blieb es bei 1200 Antitoxineinheiten; liessen aber dann schwerere Symptome nicht nach, so wurden noch weitere 600 Einheiten verabfolgt, so dass im Laufe von 3—4 Tagen selten mehr als 1800 Einheiten angewandt wurden. In der letzten Zeit wurde meistentheils gleich zu Anfang Nr. II. d. h. 1000 Antitoxin-Einheiten injicirt, wenn die Krankheit länger als 3 Tage bestand und bereits zu einer Stenose geführt hatte. War die Stenose hochgradig und der Allgemeinzustand sehr schwer, so wurde Nr. III. injicirt. In der Mehrzahl dieser Fälle wurden nach 24 Stunden noch 600 Einheiten nachgeschickt.

Von sonstigen therapeutischen Massnahmen kamen, wie schon in früheren Jahren, Inhalationen mit antiseptischen Lösungen, vorzugsweise Hydrargyr. cyanat. 0,1:1000,0 und Gurgelwässer in Anwendung. Innerlich wurde Natr. jodat. in 2%-iger Lösung gegeben, wobei der leitende Gesichtspunkt in der Ausscheidung des Jods auf die Schleimhäute gesehn wurde. Excitantien waren nicht selten indicirt. Drüsenschwellungen am Halse wurden mit dem Leiter'schen Kühler oder dem Priessnitz behandelt. Ausgiebiger Gebrauch wurde von der Diaphorese in Form des sogen. Dampfzeltes gemacht. Da, wie vorhin erwähnt wurde, in der Mehrzahl der eingebrachten Fälle sich bereits eine Stenose ausgebildet hatte, kam dementsprechend oft die Tracheotomie in Frage, wobei die Tracheotomia inferior vorgezogen wurde. Es sei hier erwähnt, dass die Indicationsstellung der Tracheotomie durch die Serumtherapie im Allgemeinen erschwert wird, doch haben wir oft den Eindruck gewonnen, dass bei schwerer Störung des Allgemeinbefindens und andauernder Appetitlosigkeit der Widerstandsfähigkeit der Kinder zu viel zugemuthet wird durch Hinausschieben der Operation bis zu dem Moment, wo die Stenose eine directe Lebensgefahr darstellt. Je widerstandsfähiger das Kind ist, welches operirt werden soll, desto besser gestaltet sich die Prognose. Aus den vom December 1894 bis 1. Juli 1896 mit Serum behandelten Kranken habe ich im Ganzen 116 Fälle ausgesucht, wo die Diagnose theils auf Grund des klinischen Bildes theils der bacteriologischen Untersuchung ausser Zweifel stand. Die ersten 9 mit Behring'schem Heilserum im Stadtkrankenhause zu Riga behandelten Fälle hat Buchholz[2]) veröffentlicht. Diese Fälle sind in meine Statistik ebenfalls eingereiht. Dem Alter nach vertheilen sich die Fälle folgendermassen:

Unter	1	Jahr waren	3	Fälle.
Ueber	1	»	9	»
»	2	»	27	»
»	3	»	28	»
Ueber	4	Jahre waren	10	Fälle
»	5	»	14	»
»	6	»	5	»
»	7	»	5	»
»	8	»	4	»
»	10	»	4	»
»	15	»	1	»
»	16	»	1	»
»	20	»	1	»
»	23	»	1	»
»	25	»	1	»
»	46	»	1	»
»	62	»	1	»

[2]) Petersburg. med. Wochenschrift Nr. 5, 1895.

Was die Dauer der Krankheit vor Beginn der Behandlung anbelangt, so befanden sich bei der Aufnahme ins Krankenhaus und Beginn der Serumbehandlung

am	1	Krankheitstage	2	Fälle
»	2	»	17	»
»	3	»	13	»
»	4	»	23	»
»	5	»	11	»
»	6	»	7	»
»	7	»	11	»
»	8	»	19	»
»	9	»	2	»
»	10	»	2	»
»	11	»	8	»
»	13	»	2	»
»	14	»	3	»
»	15	»	1	»

Hinsichtlich des localen diphtheritischen Processes vertheilten sich unsere Fälle folgendermassen:

Diphtheria faucium	15
» » et laryngis	81
» laryngis	20

Davon hatten Diphtheria narium 5 Fälle, Diphtherie der Mundwinkel resp. Lippen 2, Otitis media 1, Diphtheria gangraenosa 2. An einer mehr oder weniger starken Stenose litten 90 Patienten, von denen wurden 57 tracheotomirt, das sind 49% der gesammten Fälle. Eine fast gleiche Operationsziffer wird von mehreren Autoren angegeben, z. B. von Roux und Bokai[3]).

Diphtheritische Lähmungen fanden sich 8 mal. Fieber bestand in 81 Fällen.

Als Complicationen sind zu nennen:

Pneumonie in	22	Fällen.
Bronchitis »	7	»
Pertussis »	2	»
Nephritis chron. in	1	»
Struma in	1	»
Scarlatina in	3	»
Tuberculosis pulm. in	1	»
Emphysema pulm. »	1	»
Empyema pleurae »	1	»
Mediastinitis purul. »	1	»

Im Ganzen starben 31 Patienten = 26,8%, das bedeutet eine Genesungsziffer von 73,2%. Von den Tracheotomirten starben 25 = 44%, während von den nicht Tracheotomirten nur 5% starben.

Es wäre interessant, an dieser Stelle unsere jetzige Statistik mit derjenigen zu vergleichen, wie sie sich aus unserem Material aus der Zeit vor der Serumtherapie ergiebt. Doch kann ich nicht vorgreifen, da die Frage demnächst von autoritativer Seite bearbeitet werden wird.

Ehe ich an den positiven Theil meiner Mittheilung gehe, d. h. ehe ich die Beeinflussung des Krankheitsprocesses durch das Heilserum schildere, scheint es am Platze, die Todesfälle einer genaueren Analyse zu unterziehen. Unsere Mortalitätsziffer ist eine relativ hohe

[3]) Deutsche med. Wochenschr. 1895. pag. 233.

wenngleich fast dieselbe Ziffer von verschiedenen Autoren, z. B. Widerhofer[4]), Bokai[5]) u. A. angegeben wird.

Von den Gestorbenen waren

unter	1	Jahr	3
über	1	»	9
»	2	»	5
»	3	»	6
»	4	»	2
»	5	»	1
»	6	»	2
»	9	»	1
»	10	»	1
»	62	»	1

Die zwei ersten Lebensjahre wiesen also mit 17 Fällen, d. h. mit mehr als der Hälfte aller Todten, die grösste Sterblichkeit auf, dann folgte das vierte Lebensjahr, während die Todtenziffer auf die übrigen Lebensjahre sich gleichmässig vertheilte.

Es starben von den

am	1	Krankheitstage	Eingekommenen	1
»	2	»	»	5
»	3	»	»	2
»	4	»	»	4
»	5	»	»	4
»	6	»	»	2
»	7	»	»	4
»	8	»	»	3
»	9	»	»	2
»	10	»	»	1
»	11	»	»	1
»	15	»	»	2

Es fallen, wie aus der Tabelle ersichtlich ist, verhältnissmässig viel Todte (5) auf die am 2. Krankheitstage eingekommenen und mit Serum behandelten Kranken, während doch a priori zu erwarten ist, dass gerade diese quoad sanationem einen günstigeren Erfolg geben müssten. Eine Analyse dieser Fälle erweist aber folgendes: in einem von ihnen ergab die Section neben Diphtherie verkäste Bronchialdrüsen. Ein zweites Kind war 1½ Wochen vordem am Scharlach erkrankt, acquirirte in der zweiten Woche echte Diphtherie und Pneumonie, woran es am 7. Tage zu Grunde ging. Die Section ergab ausserdem ein linksseitiges Empyem.

Im dritten Fall handelte es sich um ein Recidiv, das mit einer starken Stenose verbunden war. Die gleich bei der Aufnahme des Kindes proponirte Tracheotomie wurde von der Mutter verboten, so dass das Kind 16 St. nach der Aufnahme ersticken musste.

Bei diesen 3 Fällen konnte auf eine Beeinflussung der Krankheit durch das Serum nicht gerechnet werden, lag doch hier eine Reihe von Krankheitszuständen vor, von denen jeder einzelne an sich schon eine sehr böse Prognose darbot und genügte, um den Einfluss des Serums illusorisch zu machen. Es dürfte daher fraglich erscheinen, ob diese Fälle überhaupt in unsere Statistik einzureihen sind. Wir glaubten sie nicht fortlassen zu dürfen, haben wir doch noch andere Fälle, wo die Todesursache kaum mehr mit der Diphtheritis in Zusammenhang steht, schonungslos zu den daran Gestorbenen gezählt, wie z. B. Kinder, die später an einer Pneumonie, einer Nephritis oder an einem unterdessen acquirirten Scharlach zu Grunde gingen. Wir glaubten mit unserer Statistik nicht streng genug verfahren zu können, wird doch jeder, der unsere Fälle eingehend prüft, selbst ersehen wie der ungünstige Ausgang im einzelnen Falle zu erklären ist.

Als Todesursache war anzusehen: in 9 Fällen Pneumonie, in 2 Fällen Pneumonie und Scharlach, in 1 Fall Pneumonie und Nephritis, in 2 Fällen Diphtheritis descendens; Nephritis chron. und Emphysema pulm. in 1 Fall, Glottisoedem und Mediastinitis purulenta nach abgelaufener Diphtherie in 1 Fall, Arrosion des Truncus anonymus in 2 Fällen Die von der Mutter verweigerte Tracheotomie war in 2 Fällen die Todesursache. In einem dritten Fall gestattete die Mutter die Tracheotomie anfangs nicht, sondern willigte in dieselbe erst ein, als das Kind fast in extremis lag, nachdem die Operation 2 Tage früher schon vorgeschlagen worden war. Das Kind erholte sich nach vollzogener Tracheotomie vorübergehend und ging am nächsten Tage an Herzschwäche zu Grunde. In den übrigen 12 letal endenden Fällen lagen keine Complicationen vor, die Diphtherie allein führte zum Tode, theils unter dem Bilde schwerer Allgemeinintoxication theils bot die Herzschwäche die unmittelbare Todesursache dar. In mehreren Fällen erfolgte der Tod in den nächsten Stunden nach Aufnahme ins Krankenhaus, d. h. zu einer Zeit, wo von einer Einwirkung des Serums noch nicht die Rede sein konnte. Darunter war 1 bereits moribund eingeliefertes Kind. Auch die letzteren Fälle werden in die Statistik aufgenommen. Sie sehen, m. H., dass wir in der Wahl der Fälle eher zu Ungunsten als zu Gunsten der Serumstatistik vorgegangen sind.

Der Verlauf der Krankheit bei den mit Serum Behandelten bot in der Mehrzahl der Fälle sowohl hinsichtlich des localen Processes als auch des Allgemeinbefindens ein durchaus einheitliches Bild dar und wir konnten uns des Eindruckes nicht erwehren, dass die Ursache dafür nicht etwa in dem Charakter der Diphtherie-Epidemie selbst lag, sondern anderswo zu suchen sei. Sowohl die Beobachtung unseres Materials wie auch der Vergleich mit den Erfahrungen Anderer bestärkten uns in der Ansicht, dass diese eigenartige Beeinflussung des diphtheritischen Processes dem Serum zuzuschreiben sei. Dieses der grösseren Zahl der Fälle gemeinsame Moment wurde in der verhältnissmässig rasch sich vollziehenden Abstossung der diphtheritischen Membranen, im Zurückgehen ausgebildeter laryngealer Stenosen und in einer sich bald früher bald später ausbildenden Euphorie der Kranken gesehen. Letztere war besonders bei den Tracheotomirten zu beobachten, indem die kleinen Patienten schon an dem auf die Operation folgenden Morgen munter im Bette aufsassen, Nahrung zu sich nahmen und durch Beschäftigung mit Spielsachen und Bilderbüchern den besten Beweis dafür lieferten, dass die Qualen der vorhergehenden Nacht, der heftige Lufthunger, die grösste Theilnahmelosigkeit resp. Benommenheit überwunden und vergessen seien.

Die locale Wirkung äusserte sich folgendermassen: durchschnittlich am 2. Tage nach der Injection erschienen die Beläge scharf abgegrenzt, theilweise an ihren Rändern gleichsam aufgerollt, theilweise waren sie bereits dünner geworden, unter gleichzeitigem Aushusten von festen, weissen Membranen, was oft mit einer leichten Blutung verbunden war. Am 3. oder 4. Tage war der Belag nur noch schleimartig und am folgenden Tage zeigte die Schleimhaut ein vollständig normales Aussehen. Nicht selten zeigte die vordem charakteristische blasse Rachenschleimhaut in der Umgebung der Beläge eine saftige Röthung. Die Abstossung der Membranen im Kehlkopf vollzog sich im Allgemeinen in gleicher Weise wie im Rachen, die Zeitdauer war kaum eine längere.

Als Paradigma sei folgender Fall angeführt:

N. R. 7 a. n. erkrankte 5 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus mit bellendem Husten, Schlingschmerzen, allgem. Unwohlsein, Fieber. Nach Angabe des behandelnden Arztes waren weisse feste Beläge auf den Tonsillen und dem weichen Gaumen zu sehen. An dem dem Eintrittstage ins Krankenhaus vorhergehenden Morgen stellte sich eine mässige Stenose ein, die zunahm und in der Nacht ziemlich hochgradig ge-

[4]) Deutsche med. Wochenschr. 1895. p. 18.
[5]) Ibidem. p. 233.

wesen sein soll. Status pr. am 20. März 1896. Mässig gut genährtes Kind, kein Exanthem, keine Oedeme. Submaxillardrüse beiderseits geschwellt. Fauces mässig geröthet, auf ihnen, dem Gaumenbogen und der Uvula ein weisser Belag. Epiglottis geröthet. Ary-Gegend und laterale Gegenden des Larynx roth, die gesammte innere Partie mit gelben, glatten, festen Massen bedeckt. Sensorium frei. Pupillen normal. Athmung beschleunigt. Es besteht eine nicht hochgradige laryngeale Stenose. Keine Cyanose. Normaler Organbefund. Harn stark eiweisshaltig. Temperatur 37,0. Nachmittags wird Serum Nr. II injicirt.

21. März. Pat. hat, abgesehen von einem Anfall von heftiger Athemnoth, die Nacht gut geschlafen. Die Einziehungen haben allmählich nachgelassen, die Athmung ist frei, Puls 132. Temperatur 37,3. Fauces und Larynx unverändert. Injection von Behring Nr. II.

22. März. Schlaf und Athmung ruhig. Appetit gut. Es sind mehrere Membranen unter leichter Blutung ausgehustet worden. Puls 132. Temperatur 37,0. Die Beläge auf den Tonsillen kleiner. Die Epiglottis ist abgeschwollen und weniger roth. Die Belagmassen des Kehlkopfinneren geringer.

23. März. Athmung andauernd frei, nur leichtes Schnarchen im Schlaf. Appetit gut. Es haben sich wieder unter leichter Blutung Membranen abgestossen. Temperatur 37,2. Der gesammte Larynx frei von Belag, Epiglottis abgeblasst, Taschenbänder stark geröthet, Stimmbänder frei von Belägen. Auf beiden Tonsillen in den Buchten noch gelbe Auflagerungen. — Harn enthält noch reichlich Albumen.

5 Tage nach der Injection ist die Rachenschleimhaut rein, die Stimmbänder weiss, die Taschenbänder und subglottische Gegend geröthet. Harn eiweissfrei. Allgemeinbefinden andauernd gut. Pat. wird am 10. Tage genesen entlassen.

Die Stenose war in dem angeführten Fall nicht hochgradig. Unter den zahlreichen mit laryngealen Stenosen eingekommenen Kranken befanden sich viele, bei denen, trotz ausgebildeter schwerer Stenose verbunden mit Cyanose und Benommenheit, die bedrohlichen Erscheinungen ohne Operation zurückgingen. Im Ganzen gingen 33 Stenosen des Larynx ohne Tracheotomie zurück.

Nach dieser Richtung hin sehen wir auch an der Hand unseres Materials den Heubner'schen[6]) Ausspruch bestätigt: «Sowohl die Gefahr, überhaupt in Erstickungsnoth zu gerathen, wie diejenige, nach der Operation absteigenden Croup zu bekommen, ist bei einigermassen rechtzeitig einsetzender Behandlung auf den vierten u. fünften Theil ihrer früheren Höhe herabgesetzt.»

Es sei hier erwähnt, dass die Mehrzahl der Tracheotomien zu einer Zeit vorgenommen werden musste, ehe das Serum seine Wirkung entfaltet haben konnte. Es dürfte von Interesse sein, an dieser Stelle die betreffenden Daten anzugeben. Die Operation fand statt:

Gleich nach der Aufnahme resp. in den ersten Stunden		bei	37	Kranken.
nach 4	»	»	2	»
» 5	»	»	2	»
» 6	»	»	3	»
» 9	»	»	2	»
» 12	»	»	1	»
» 20	»	»	1	»
» 2	Tagen	»	1	»
» 7	»	»	1	»

Keine Zeitangabe findet sich in 7 Fällen. In dem nach 7 Tagen tracheotomirten Fall handelt es sich um Glottisödem und Mediastinitis purul. bei abgelaufener Diphtherie.

Auch die erst spät in Behandlung gekommenen Fälle, in denen der Allgemeinzustand noch kein desolater war, hinterliessen den Eindruck, dass die Stenose nicht mehr das Schreckensgespenst wie früher ist.

Zu den localen Erscheinungen sind ferner die Schwellungen der Halsdrüsen, namentlich der Glandula submaxillaris zu rechnen. Sie kamen 62 mal vor. Ihre Rückbildung erfolgte im Allgemeinen ziemlich rasch, gewöhnlich hielt sie Schritt mit der Abstossung der Beläge. Zu einer besonders starken Drüsenschwellung resp. Vereiterung wie beim Scharlach kam es nie. Ueber die rasche Besserung des Allgemeinzustandes wurde schon gesprochen.

In directem Zusammenhang damit stand die Hebung der Herzthätigkeit, die Verminderung der hohen Pulsfrequenz, das Sinken gesteigerter Temperaturen zur Norm. Wie weit und in welcher Art dabei ein Causalzusammenhang mit der eingeleiteten Therapie bestand, bleibt dahingestellt. Jedoch muss betont werden, dass ein plötzliches Sinken der Pulsfrequenz, wie es von mehreren Autoren beobachtet worden ist, in solchen Fällen, wo dieselbe 130 Pulse in der Minute überschritt, bei uns nicht constatirt werden konnte. Es genasen 37 Fälle, wo die Pulsfrequenz sich kürzere oder längere Zeit über 130 bis zu 180 hielt, davon sank der Puls in 1 Fall in 2 Tagen, in 2 in 3 Tagen und in je einem in 5 und 6 Tagen zur Norm, während er in den übrigen Fällen längere Zeit hindurch hoch blieb. In den Fällen, wo die Pulsfrequenz bis zu 120 pro Minute war, wurde allerdings öfters ein rasches Sinken zur Norm beobachtet, das am Tage nach der Injection anfing und in Fällen von uncomplicirter Diphtherie später keine Steigerung mehr erfuhr.

Eine Beeinflussung des Fiebers in dem Sinne eines kritischen Abfalles desselben konnte nicht festgestellt werden. Bei uncomplicirter Diphtherie dauerte das Fieber gewöhnlich nur einige Tage. Plötzlicher Temperaturabfall am 1. oder 2. Tage nach der Aufnahme wurde in einzelnen Fällen beobachtet, doch darf nicht vergessen werden, dass diese Erscheinung auch ohne Serumtherapie vorkommt.

In schweren Fällen von diphtheritischer Bronchitis oder Pneumonie liess uns die Serumtherapie im Stich. Es handelte sich dann um Kranke, die nach dem 3. Krankheitstage eingebracht wurden.

Ein Urtheil über die Beeinflussung diphtheritischer Lähmungen gestatten die Erfahrungen im Krankenhause nicht. Die 8 Fälle von Lähmungen, die beobachtet wurden, äusserten sich in einer leichten Form: im Fehlschlucken, das nur wenige Tage anhielt. Doch ist an die Möglichkeit zu denken, dass das seltene Auftreten von Lähmungen eine Folge der Serumtherapie sein könnte. Ebensowenig können wir auf Grund unseres Materials die Frage nach der Beeinflussung der Albuminurie durch das Serum beantworten. Im Ganzen fand sich in 38 Fällen Eiweiss im Harn. Davon hatten 27 Kranke schon vor der Injection Albuminurie, bei 11 Kranken trat sie erst nach derselben auf. Leider konnte nicht von allen Kranken Urin erhalten werden. Im Allgemeinen dauerte die Eiweissausscheidung im Harn nicht lange. Es handelte sich in der Mehrzahl der Fälle um geringe Eiweissmengen. Mit wenigen Ausnahmen war der Harn bei der Entlassung der Kranken eiweissfrei, diejenigen Kranken, die mit fortbestehender Albuminurie entlassen wurden, hatten nur minimale Spuren von Eiweiss im Harn.

Immunisirungen sind bei uns nicht vorgenommen worden.

Recidive kamen 3 mal vor.

Im ersten Fall war das $1^1/_2$-jährige Kind nach 11 tägigem Aufenthalte im Krankenhause 3 Tage lang vollständig gesund gewesen, dann traten Heiserkeit, Husten und Athembeschwerden auf, die allmählich zunahmen und die Ursache bildeten, dass das Kind am 15. Krankheitstage ins Krankenhaus gebracht wurde. Bei der Aufnahme hatte Patientin eine so hochgradige Stenose, dass sofort die Tracheotomie gemacht werden musste. Danach wurde die Athmung frei. Am nächsten Tage war die Athmung wieder behindert, es stellten sich die Symptome der Diphtheria descendens und Lähmungen ein, woran das Kind am 6. Tage zu Grunde ging. Die Section ergab Pneumonia lobularis diphth. duplex.

[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1895 p. 689.

Beim ersten Aufenthalte im Hospital waren ebenso wie beim zweiten 1200 Antitoxineinheiten injicirt worden.

Im zweiten Fall handelte es sich bei einem 1³/₄ Jahre alten Mädchen ebenfalls um eine Diphtheria faucium et laryngis. Pat. wurde am 6. Krankheitstage mit einer beträchtlichen Stenose eingebracht, die Tracheotomie wurde nach 6 Stunden gemacht. Nach der Operation erholte sich das Kind rasch, es wurden mehrfach Membranen ausgehustet, die Athmung war andauernd frei. Nach 3 Tagen hatten die Beläge sich vollständig abgestossen. Am 3. Tage stellte sich eine nicht lange dauernde Schlucklähmung ein, am folgenden Tage eine Pneumonie, an der Pat. viele Wochen hindurch litt. Das Kind wurde nach 37 Tagen gesund entlassen. Die Zahl der injicirten Antitoxineinheiten betrug 1500.

2 Tage nach der Entlassung kam das Kind wiederum mit einer Diphtheria fauc. et laryngis ein. Die in Anbetracht der schweren Stenose gleich bei der Aufnahme proponirte Tracheotomie wurde von der Mutter nicht gestattet. In der Nacht wurde die Athmung etwas freier, es wurden mehrere derbe Membranen ausgehustet. Die Besserung war aber nur eine vorübergehende, die Stenose nahm bald wieder zu. Die wiederholt und dringend vorgeschlagene Operation wurde auch jetzt abgelehnt, so dass das Kind nach verzweifeltem Todeskampfe 16 Stunden nach der Aufnahme erstickte. Dieses Mal hatte es 1000 Antitoxineinheiten erhalten. Bei der Section fand sich noch eine linksseitige Pneumonie.

Fall III. M. G. 3 a. n. wurde mit einer hochgradigen Stenose, Benommenheit und starker Cyanose am 2. Krankheitstage eingebracht. Die Tracheotomie musste sofort ausgeführt werden. Pat. erholte sich allmählich. Wegen einer schweren complicirenden Pneumonie konnte die Kanüle nicht entfernt werden, obwohl die Diphtherie rasch ablief. 2 Monate später trat ein Recidiv ein mit Betheiligung des Rachens und des Kehlkopfes. Da die Kanüle noch nicht entfernt werden konnte, trat keine Stenose auf. Während die Abstossung der Beläge im Rachen in 2 Tagen beendet war, blieben die Verhältnisse im Larynx abnorme bis zu dem 1¹/₂ Mon. später eintretenden Tode. Das rechte Taschenband war stark geschwollen und geröthet, das linke Stimmband war in einen gelbweissen dicken Strang verwandelt. An Stelle der Glottis fand sich eine schmale, in die Trachea führende Spalte, wodurch die Unmöglichkeit des Decanülements bei gleichzeitiger doppelseitiger Pneumonie erklärt sein dürfte. Die Pneumonie bestand die ganze Zeit über, nur einmal stellte sich eine vorübergehende Remission ein. Das Fieber und die hohe Pulsfrequenz dauerten ununterbrochen bis zum Tode, der nach 3¹/₂ Mon. unter einer Exacerbation der bereits chronisch gewordenen Pneumonie erfolgte. Vor dem Recidiv waren 1200, im Ganzen 2800 Antitoxineinheiten angewandt worden.

Gemeinsam ist diesen 3 Fällen das frühzeitige Auftreten des Recidives trotz der grossen Menge der injicirten Antitoxineinheiten, die Betheiligung der tieferen Luftwege und die schwere Schädigung des Allgemeinbefindens.

Sind wir auch weit davon entfernt aus 3 Fällen einen Schluss zu ziehen, so bleiben die 3 Recidive immerhin eine auffallende Thatsache.

Es erübrigt noch, die Erfahrungen über schädliche Nebenwirkungen des Serums zu besprechen. Die einzige Nebenwirkung des Serums, die wir im Krankenhause zu beobachten Gelegenheit hatten, war das Serumexanthem. Ein solches wurde 12 mal beobachtet. Es trat auf.

1	mal	am	2	Tage	nach	der	Injection.
1	»	»	4	»	»	»	»
1	»	»	5	»	»	»	»
2	»	»	6	»	»	»	»
1	»	»	8	»	»	»	»
1	»	»	11	»	»	»	»
2	»	»	13	»	»	»	»
1	»	»	14	»	»	»	»
1	»	»	16	»	»	»	»
1	»	»	21	»	»	»	»

In der Mehrzahl der Fälle trat das Erythem in Form des Scharlach-Exanthem auf, zuweilen hatte es einen masernartigen, zuweilen einen Urticariaartigen Charakter. Einige Mal war es von gemischtem Charakter, indem es an einigen Körpertheilen wie Masern, an anderen wie Scharlach aussah. Mit dem Ausbruch des Erythems war in der Regel eine hohe Temperatursteigerung verbunden. In 2 Fällen trat gleichzeitiges Gesichtsoedem auf, welches 1 mal mit geringer Albuminurie complicirt war. Eine schwere Störung des Allgemeinbefindens wurde dabei nicht beobachtet. Zuweilen wurde über Gliederschmerzen geklagt. Mit dem Abblassen des Erythems gingen die übrigen, dasselbe begleitenden Erscheinungen zurück. Die durchschnittliche Dauer betrug 2 Tage, die kürzeste Zeitdauer waren in 1 Fall 12 Stunden, die längste 6 Tage.

Dass hin und wieder über Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle geklagt wurde, dürfte durch die Spannung der Haut an der betreffenden Stelle zu erklären sein. Irgendwelche Infiltrationserscheinungen resp. Abscessbildungen wurden nie beobachtet, ihr Zustandekommen dürfte wohl durch aseptisches Vorgehen bei der Injection mit Sicherheit zu vermeiden sein.

M. H.! Dieses sind die Erfahrungen, die mit dem Heilserum im städtischen Krankenhause zu Riga gemacht wurden. Sie decken sich im Wesentlichen mit den in der deutschen Literatur veröffentlichten Berichten. Wenngleich die Mortalitätsziffer höher ist, als diejenige, welche mehrere ausländische Autoren angeben, so darf eben nicht ausser Acht gelassen werden, wie bereits erwähnt wurde, dass im Allgemeinen hier zu Lande die Kranken später in Behandlung kommen als es für die Serumtherapie erforderlich ist. Nicht allein nach den statistischen Daten dürfen die von uns beobachteten Erfolge der Serumtherapie beurtheilt werden, auch die Analyse der einzelnen Krankheitsfälle, namentlich der tödtlich endenden, darf nicht ausser Acht gelassen werden, wenn das gewonnene Bild ein objectives sein soll.

Recapituliren wir nochmals die Hauptmomente, welche als Beeinflussung der Krankheit durch das Serum zu denken waren, so sahen wir eine solche:

1) in dem spontanen Zurückgehn einer ansehnlichen Anzahl von Stenosen, die schon oft einen bedrohlichen Charakter angenommen hatten.

2) in der bald erfolgenden Besserung des Allgemeinbefindens,

3) in einem der Mehrzahl der Fälle gemeinsamen Verlauf des localen diphtheritischen Processes.

Auf Grund dieser Erfahrungen wird das Behring'sche Heilserum im Krankenhause zu Riga nicht mehr zu experimentellen Zwecken allein verwerthet, sondern ist es in den ständigen Arzneischatz der Diphtherie-Abtheilung aufgenommen. Doch wird auch bei der ferneren Verwendung des Mittels die sorgfältige Prüfung über den Werth desselben nicht verabsäumt werden, denn in einer so wichtigen und schwierigen Frage genügen wenige Jahre der Beobachtung nicht. Ist auch jetzt die Mehrzahl der Kliniker darüber einig, dass das Heilserum unseren Arzneischatz wesentlich bereichert hat, so hat doch die Wissenschaft in dieser Frage noch lange nicht ihr letztes Wort gesprochen. Weder voreingenommene Skepsis noch therapeutischer Optimismus, sondern nur eine lange Zeit hindurch sorgfältig geübte, nüchterne klinische Beobachtung kann dabei zur Erkenntniss des Richtigen führen. Denn auch hier gilt das bekannte Wort: «Der Tag zerstört des Tages Meinungen, er bestätigt aber die Urtheilssprüche der Natur».

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Verhandlungen der zwölften Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung für Kinderheilkunde der 67. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck 1895, herausgegeben von Sanitätsrath Dr. Emil Pfeiffer in Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1896.

Das vorliegende Werk zeugt wieder einmal von der fruchtbringenden Thätigkeit der pädiatrischen Sitzungen des Congresses deutscher Naturforscher und Aerzte. Eine ganze Reihe von wichtigen Fragen sind erörtert und beleuchtet worden: die in dem Vordergrunde des Interesses stehende Frage über die Heilserumtherapie bei Diphtherie wird recht eingehend discutirt (Referent — Heubner; Correferent — Soltmann), daneben finden wir höchst interessante Vorträge von Ritter über Thierdiphtherie und ansteckende Halsbräune, von Rudolf Fischl über Schutzkörper im Blute des Neugeborenen, wobei das Verhalten des Blutserums des Neugeborenen gegen Diphtheriebacillen und Diphtheriegift auf Grund experimenteller Forschung auseinandergesetzt wird. Die Frage über die Verwendung der Kuhmilch bei Säuglingen und älteren Kindern wird ausführlich besprochen (Biedert, Backhaus, Gärtner), daneben dürfte der Vortrag von Carstens über die Ausnützung des Mehls im Darme junger Säuglinge von Interesse sein. Endlich werden noch andere Themata berührt und discutirt, wir erwähnen hier den Vortrag von Pott über die Entstehung und Behandlung des chronischen Hydrocephalus, von Hochsinger über Lebererkrankungen hereditär-syphilitischer Säuglinge, von Schlossmann über Influenza im Kindesalter. Das ganze Material bietet so viel Belehrung und Anregung, dass wir die Anschaffung des Buches namentlich den Kinderärzten warm empfehlen können. Abelmann.

Dr. Ernst Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes. Mit 3 Figuren im Text und 3 Tafeln in Farbendruck. Berlin 1896. Verlag von Otto Enslin.

Bei dem stetig wachsenden Interesse, welches der Blutpathologie in den letzten Jahren entgegengebracht wird und bei dem Mangel einer übersichtlichen Zusammenstellung aller auf dem Gebiete der Hämatologie eruirten Thatsachen, wird wohl das Erscheinen des Grawitz'schen Werkes den medicinischen Kreisen sehr willkommen sein; um so mehr, da Verfasser, der als langjähriger Assistent an der Berliner medicinischen Klinik über reiche Erfahrung verfügt und auch eine Reihe gediegener Arbeiten aus dem Gebiete der Hämatologie veröffentlicht hat das ganze Material von rein klinischem Standpunkte bearbeitet hat, was sich auch sofort in der Eintheilung des Stoffes kund giebt. Zunächst wird in kurzen Zügen die Methodik vorgeführt, wobei Verf. eine Tabelle der Normalwerthe für die einzelnen Methoden der Blutuntersuchung aufstellt, es folgen dann allgemeine Vorbemerkungen zur Morphologie des Blutes. In den nächsten Capiteln werden dann die Blutbefunde bei den einzelnen Krankheiten dargelegt. Sehr eingehend bespricht Verf. die physikalischen, chemischen und morphologischen Veränderungen des Blutes bei den verschiedenen Formen der Anämie, bei Constitutionskrankheiten, bei Krankheiten der Verdauungs-, Circulations- und Respirationsorgane, bei Infectionskrankheiten und malignen Neubildungen, auch werden die thierischen Parasiten des Blutes berücksichtigt; vielfach sind eigene Beobachtungen des Verfassers eingeflochten und zu Ende jedes Abschnittes findet sich eine erschöpfende Literaturangabe. Die vorzügliche Behandlung des ganzen Stoffes, die klare und übersichtliche Darstellungsweise ermöglichen dem praktischen Arzte eine rasche Orientierung auf diesem wichtigen Gebiete der Pathologie und sichern dem Werke eine rasche Verbreitung. Nicht unerwähnt wollen wir hier lassen, dass die Ausstattung des Werkes Nichts zu wünschen übrig lässt. Abelmann.

N. Flaischlen: Der gegenwärtige Stand der Retroflexionstherapie. — Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Halle a. S. 1896. Verlag v. K. Marhold.

Die operative Behandlung der Retroflexio uteri ist in letzter Zeit Gegenstand vielfacher Discussionen gewesen. Wenn auch diese Frage als noch nicht abgeschlossen zu betrachten, die Lehre von der Therapie der Retroflexio im Gegentheil noch heute im Ausbau begriffen ist, so ist es doch nicht unerwünscht, sich in kurzer Uebersicht über die verschiedenen Phasen dieser Lehre, das Pro u. Contra der verschiedenen Methoden informiren zu lassen. Dieses lag bei der Herausgabe dieser Brochüre in der Absicht des Verf. F. tritt mit Recht gegen die Polypragmasie auf diesem Gebiet auf und verurtheilt den Standpunkt, dass jede Retroflexio ohne Unterschied als eine pathologische Affection anzusehen und somit operativ zu behandeln ist. Nach Verf.'s Ansicht ist die Grenze für die operative Behandlung viel strenger zu stellen, als es gangbar ist, es ist ein durchaus falscher Standpunkt die Pessarbehandlung principiell durch eine operative ersetzen zu wollen.

Nach einigen einleitenden Worten über die Symptome, das Zustandekommen etc. der Rückwärtslagerung werden chronologisch die verschiedenen Operationsmethoden: Ventrifixation, Ventrivesicofixation, Retrofixatio colli etc. in Kürze besprochen. Ueber die vielgerühmte Vaginofixation äussert sich Verf. dabei, dass man bei conceptionsfähigen Frauen möglichst von der Vaginofixation Abstand nehmen und dieselbe auf das Climacterium beschränken soll. Bei der Retroflexio mobilis ist, wenn die Pessarbehandlung keine Hilfe schafft, die Alexander-Adamsche Operation die zweckmässigste. Bei der fixirten Retroflexio ist in erster Linie das Schultze'sche Verfahren, aber auch Massage, anzuwenden, von operativen Verfahren ist der Ventrifixation nach Lösung der Adhäsionen von der Bauchwunde aus der Vorzug zu geben. Lingen.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. 3. Lieferung (III. Band, I. Lieferung) und 4 Lieferung (I. Band, 2. Lieferung) Wien 1896, Alfred Hölder.

Wir haben bereits beim Erscheinen der ersten 2 Lieferungen dieses Werkes unsere Leser auf den Werth desselben aufmerksam gemacht. Nun schreitet das Werk rüstig fort. Die uns jetzt vorliegenden 3. u. 4. Lieferungen enthalten erstere: die Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Nase und ihrer Nebenhöhlen von Prof. Dr. V. v. Mihalkowics ein Budapest und einen Theil der von Prof. Dr. P. Schifferdecker in Bonn bearbeiteten Histologie der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen, letztere: den Schluss der von Prof. Dr. Zuckerkandl in Wien abgehandelten Anatomie und Entwickelungsgeschichte des Kehlkopfs und der Luftröhre. die Histologie der Schleimhaut derselben von Privatdocent Dr. P. Heymann in Berlin u. einen Theil der Physiologie von Prof. Dr. Rich. Ewald in Strassburg. An jeder neuerscheinenden Lieferung kann man sich davon überzeugen, dass das Werk nach den im Prospecte angeführten Principien, «eine objective, dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft entsprechende Darstellung zu geben», fortgeführt wird. Die streng wissenschaftlichen, sorgfältigen und sehr ausführlichen Abhandlungen der vorliegenden 2 Lieferungen geben Zeugniss genug von der Fülle und dem Werthe des Gebotenen. Es sei das Werk nochmals allen Collegen auf das Wärmste empfohlen. Die Ausstattung desselben ist eine vorzügliche. A, Sacher.

Dr. Adam Politzer, o. ö. Professor der Ohrenheilkunde an d. k. k. Universität in Wien. Atlas der Beleuchtungzbilder des Trommelfells im gesunden und kranken Zustande, für praktische Aerzte und Studirende. (Wilhelm Braumüller, Wien u. Leipzig, 1896).

Das Trommelfell nimmt an allen Erkrankungen des äusseren und mittleren Ohres in Folge seiner Lage zwischen diesen beiden Regionen und seiner Gefässbeziehungen einen mehr oder weniger lebhaften Antheil. Der Trommelfellbefund ist daher für die Diagnostik der Ohraffectionen von grösster Wichtigkeit. Nun sind aber die Schwierigkeiten, mit denen besonders der Anfänger bei der Deutung der Trommelfellbefunde zu kämpfen hat, sehr gross. Es bedarf einer langjährigen Uebung und eingehender Beobachtung an Ohrenkranken, um darin den möglichsten Grad der Sicherheit zu erlangen.

Um dem praktischen Arzte die Erkentniss der bei den Erkrankungen des Gehörorgans vorkommenden pathologischen Veränderungen am Trommelfelle zu erleichtern und die richtige Deutung derselben zu ermöglichen, hat sich Politzer zur Herausgabe eines Atlas der Trommelfellbilder entschlossen, die nach den einzelnen Krankheitsformen angeordnet sind. Diese auf 14 Tafeln vertheilten 392 chromolithographirten Trommelfellbilder, die Politzer selbst, treu nach der Natur, mit sachverständiger Hand in Wasserfarben ausführte und durch die künstlerische Reproduction von dem Kunstlithographen A. Berger in Wien genau wiedergegeben sind, bilden den wichtisten Theil des vorliegenden Werkes. Die Eintheilung desselben ist folgende: I. Morphologie und Histologie des normalen Trommelfells, die physiologischen Eigenschaften und das topographische Verhältniss desselben zur inneren Trommelhöhlenwand. II. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Trommelfelle. III. Die Ocularinspection des äusseren Gehörgangs und des Trommelfells. IV. Normaler Trommelfellbefund. Hierauf folgt eine Besprechung der pathologischen Trommelfellbefunde (V—XII) bei den einzelnen Krankheitsformen des Trommelfells und Mittelohres. Die Darstellung all' dieser Capitel ist eine vortreffliche, die Beschreibung der Trommelfellbefunde — eine sehr ausführliche, bei der auf die feinsten Details eingegangen wird, die zur richtigen Diagnose verwerthet werden können; auch werden überall die die Diagnostik unterstützenden Ergebnisse der anderen Untersuchungsmethoden des Gehörgangs berücksichtigt. Jeder der 14 chromolithographischen Tafeln ist eine kurze Erklärung beigegeben. Die naturgetreu, in entsprechender Colorirung gezeichneten Bilder bieten dem Lernenden die Möglichkeit, durch Vergleich derselben mit den Trommelfellbefunden am Lebenden, sich mit der Otologie bekannt zu machen. Auch dem Lehrer wird der Atlas beim Unterricht und bei otoscopischen Demonstrationen von grossem Nutzen sein. Es

sei deshalb das Werk, das als eine wesentliche Bereicherung der otologischen Literatur angesehen werden darf, allen Collegen auf das Wärmste empfohlen in der Ueberzeugung, dass dasselbe ausgezeichnete Dienste leisten wird. Die Ausstattung des Werkes ist eine künstlerische. A. Sacher.

Vermischtes.

— Am 13. October n. St. beging Professor Dr. Rudolph Virchow in Berlin seinen 75. Geburtstag in voller körperlicher und geistiger Frische. Den ihm an diesem Tage zugedachten Ovationen entzog er sich jedoch durch eine kleine Reise.

— Dem Director des Pasteur-Instituts in Paris, Duclaux und Dr. Roux an demselben Institut ist der St. Annen-Orden II. Classe Allerhöchst verliehen worden.

— Verabschiedet: der ältere Ordinator am hiesigen Nicolai-Militärhospital, wirkl. Staatsrath Dr. Traugott, mit Uniform, der Consultant des Marinehospitals und ältere Arzt der 17. Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Katschanowski, krankheitshalber.

— Verstorben: 1) Am 25. September in St. Petersburg der hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Friedrich v. Ihmsen, im 77. Lebensjahre. 2) In Genf am 6. October n. St. der berühmte Physiolog Professor Dr. Moritz Schiff im Alter von 73 Jahren. Geboren in Frankfurt a. Main, studirte Sch. in Heidelberg und Berlin, wo er auch die Doctorwürde erlangte, um dann mehrere Jahre als Custos der zoologischen Sammlungen des Senckenbergischen Instituts zu fungiren. Da er i. J. 1848 als Arzt bei den badischen Aufständischen gewirkt, so war ihm in Deutschland die Universitätslaufbahn versperrt und folgte er daher 1854 einem Ruf als Professor der vergleichenden Anatomie nach Bern. Von dort ging er 1863 als Professor der Physiologie nach Florenz und 1876 nach Genf, wo er bis zu seinem Lebensende den Lehrstuhl der Physiologie bekleidete. Die Wissenschaft verdankt ihm eine ganze Reihe von hervorragenden Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenphysiologie und der Lehre des Stoffwechsels.

— Der bekannte Chirurg Prof. Dr. König, Director der chirurgischen Klinik in der Charité in Berlin, ist zum Generalarzt II. Classe à la suite des preussischen Sanitätscorps ernannt worden.

— Infolge Berufung des Prof. Barth nach Leipzig ist die vor Kurzem erst gegründete stationäre Klinik für Ohren- und Kehlkopfkrankheiten an der Universität Breslau eingegangen; es bleibt aber die Poliklinik für diese Krankheiten bestehen u. ist die Leitung derselben dem Privatdocenten Dr. Kümmel übertragen worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Wiener Universität Dr. Weinlechner, Director der chirurgischen Abtheilung im Allgemeinen Krankenhause, und Dr. Schenk, Histolog und Embryolog, haben den Titel eines ordentlichen Professors erhalten.

— An der Königsberger Universität ist eine Klinik für Kinderkrankheiten gegründet worden, mit deren Leitung der ausserordentliche Professor Dr. Falkenheim, ein früherer Assistent Prof. Naunyn's betraut worden ist.

— Im Juli 1899 soll in St. Petersburg ein Dentisten-Congress stattfinden.

— Das Budget unseres Civil-Medicinalressorts für das Medicinal-, Veterinär- und Quarantänewesen beläuft sich im laufenden Jahr auf 2,758,129 Rbl.

— Am 26. September wurden in Charkow die neuerbauten 4 Universitätskliniken, und zwar eine chirurgische, therapeutische, ophthalmologische und geburtshilfliche Klinik, eröffnet. Der Bau und die Einrichtung derselben hat 400,000 Rbl. gekostet.

— Der verstorbene Moskauer Einwohner Albert Behrenstamm hat zu Wohlthätigkeitszwecken eine Million Rubel vermacht, von denen 200,000 Rbl. für das Olga-Kinderhospital zur Errichtung eines Behrenstamm'schen Asyls für Reconvalescenten und 40,000 zum Unterhalt von unbemittelten kranken oder bejahrten Frauen in Moskau bestimmt sind.

— Die St. Petersburger medicinische Gesellschaft hat, wie das hiesige Börsenblatt mittheilt, den Beschluss gefasst, bei der Medicinal-Verwaltung mit dem Gesuch einzukommen, dass dieselbe künftig nur solchen Zeitungs-Annoncen von Aerzten ihr Placet ertheile, welche nur die Anzeige der Empfangsstunden, derSpecialität und der Adresse des Arztes enthalten.

— Wie verlautet, hat der Finanzminister sich zu der Bewilligung einer jährlichen Subvention im Betrage von 8040 Rbl. für das Moskauer bacteriologische Institut bereit erklärt.

— Die bisher von Dr. Wernich redigirte Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen wird nach seinem vor Kurzem erfolgten Tode von dem Ministerialrath Dr. A. Schmidtmann und dem Prof. der Staatsarzneikunde in Berlin herausgegeben werden.

— Im Transkaspi-Gebiet herrschte im verflossenen Sommer eine heftige Malaria-Epidemie, die sich über eine Fläche von ca. 1000 Quadratwerst ausbreitete. Am ärgsten wüthete die Epidemie unter den eingeborenen Tekinzen; in vielen Auls wurden sämmtliche Einwohner von der Krankheit befallen. Die Mortalität betrug vom März bis zum September 83 pro Mille. Am intensivsten herrschte die Epidemie vom 15. Juni bis 1. September; seitdem ist sie bedeutend schwächer geworden. In der Hauptstadt Merw sind von den ca. 8000 zurückgebliebenen Einwohnern 3200 erkrankt, aber nur 40 der Seuche erlegen. Die Epidemie ist in Folge der ungewöhnlich ausgebreiteten Ueberschwemmungen durch den Fluss Murghab aufgetreten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. October d. J. 7384 (40 mehr als in d. Vorw.), darunter 1023 Typhus — (14 mehr), 851 Syphilis — (6 mehr), 117 Scharlach — (5 mehr), 96 Diphtherie — (7 wen.), 11 Masern — (1 wen.) und 26 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. September bis 5. October 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
255	182	437	86	16	54	10	4	17	43	61	37	43	35	22	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 2, Scharlach 10, Diphtherie 19, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 53, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 38, Todtgeborene 28.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 15. October 1896.
Tagesordnung: Dr. Wulff: Kleinhirnabscess.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. October 1896.

ANNONCEN JEDER ART werden in der Buchhandlung von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Klinik für Sprachstörungen Zehlendorf bei **Berlin** dirig. Arzt Dr. H. Gutzmann.

ADMINISTRATION DER
MARIENBADER MINERALQUELLEN in BOEHMEN
empfiehlt den Herren Aerzten

NATÜRLICHES MARIENBADER QUELLSALZ

in Pulver und Crystallen vollständig das Wasser der berühmten **„Kreuzbrunnen"** und **„Ferdinandsbrunnen"** ersetzend. (1 gr. pulverisirten Quellsalz = 116 Gr. Wasser.

Wegen Proben und Bad-Beschreibung wende man sich an nachfolgende Firmen:
ST. PETERSBURG: Russ. Pharmaceutische Handels-Gesellschaft; Stoll u. Schmidt; Closs u. Co.
MOSKAU: Carl Ferrein; A. Bruhns; C. Ermans u. Co.
WILNA: Handelshaus J. B. Segall.
WARSCHAU: G. Kusharschewski; Dr. F. Heinrich; Lilpop u. Treutel; L. Ziminski.
KIEW: Süd-Russ.-Pharmaceutische Handelsgesellschaft; A. Seidel.
KASAN: F. Graehe. **RIGA:** A. G. Schweinfurt; A. F. Busch.
CHARKOW: Russ. Pharmaceutische Handelsgesellschaft.

Bestellungen auf Wasser und Quellsalz ersucht die Administration direct **an die Marienbader Mineralwasser-Versendung, Marienbad, Böhmen** oder an oben verzeichnete Firmen zu richten, denn nur **in diesem Falle übernimmt sie die Verantwortung für die Aechtheit der Präparate.**
(95) 6—5.

Hunydi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt 1/2 Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers be findet, **genau zu achten!**

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(47) 17—10.

Verlag von Julius Springer in Berlin N.

Soeben erschien:

Die Untersuchung des Wassers.

Ein Leitfaden zum Gebrauch im Laboratorium
für
Aerzte, Apotheker und Studierende.

Von
Dr. W. Ohlmüller,
Regierungsrath,
Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Privatdozent der Hygiene an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Mit 75 Textabbildungen und einer Lichtdrucktafel.
Zweite durchgesehene Auflage.
Preis gebunden M. 5,—.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen
als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet.
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Fuhrbach & Strieboll, Salzbrunn i./Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen. (31) 10—8.

NERVI

Riviera, Italien.
Pension Lindenberg.
Deutsche Familien-Pension.
Empfohlen von Dr. **Weissenberg,** Curarzt in Nervi. (105) 5—5.

In **San Remo** prakt. wie seit Jahren **Dr. med. STEINBERG.** Grossgmain u. Reichenhall. (111) 3—1.

EMSER PASTILLEN

EMSER WASSER
versendet unter höchstem Rabatt
H. Weppelmann Nachf.
Bad Ems. (110) 6—1.

NERVI RIVIERA, d. L.
Dr. Weissenberg-Colberg.

PASTILLES VICHY-ETAT
aux Sels Naturels extraits des Eaux
Vendues en boîtes métalliques scellées.

COMPRIMÉS de VICHY
aux Sels Naturels extraits des Eaux
*pour fabriquer l'***Eau minérale** *artificielle de Vichy gazeuse.*

Дозв. ценз. Спб. 12 Октября 1896 г. — Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, 19. (31.) October 1896

Zur operativen Behandlung der Varicocele.

Von

W. Zoege-Manteuffel.

(Vortrag gehalten auf dem VIII. livländischen Aerztetage.)

«Die sehr zahlreichen Behandlungsmethoden, welche gegen die Varicocele in Anwendung gekommen sind, zeugen ebensowohl von der Häufigkeit des Leidens und von der Mangelhaftigkeit der Therapie. als gleichsam von dem bösen Gewissen der Chirurgen, welche fühlten, dass viele ihrer Mittel gefährlicher seien als die Krankheit.» (Kocher, Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane pag. 208.)

Diese Worte Kochers haben zugleich mit den Experimenten und Untersuchungen Volkmanns und seiner Schüler über die Folgen der Circulationsstörungen am Hoden, die Versuche, die Varicocele operativ zu heilen fast ganz in den Hintergrund gedrängt, — obgleich Kocher in demselben Capitel seiner bekannten Monographie die Resection des dilatirten Plexus pampiniformis warm empfiehlt. Ja er versichert sogar, dass die Art. spermatica, die als Endarterie nach Ansicht Miflets die Ernährung des Hodenparenchyms garantirt, — unbeschadet mit unterbunden werden kann in Fällen, wo die Isolirung Schwierigkeiten bereitet, da genügend Anastomosen zwischen der Art. spermatica und deferentialis beständen.

Dennoch hat die Unterbindung und Resection des Plexus pampiniformis keine rechte Verbreitung gefunden. Der eine Fall von Hodenatrophie nach Unterbindung, der Delpech das Leben kostete, — er wurde vom verzweifelten Patienten ermordet, — dieser eine Fall und jene Untersuchungen Miflets haben die Scheu vor der Resection des Venenplexus wach gehalten, zumal auch Volkmann Nekrose nach Unterbindung auftreten sah — allerdings bei gleichzeitiger Arterienverletzung. Auf die älteren Methoden der Operation der Varicocele nach Vidal-Wood, Rigaud, Chalong und auch Heurtloup — brauche ich hier nicht einzugehen. Sie beweisen uns blos, dass auch schon früher, wo die Operation doch ungleich mehr Gefahren mit sich brachte als jetzt, man doch immer wieder operativ einschritt weil die anderen Behandlungsmethoden schliesslich doch alle im Stich liessen.

Auch ich habe nach langem Zögern zum Messer gegriffen — bin aber anders vorgegangen als das bisher üblich war. Und zwar leitete mich dabei das, was wir über die Aetiologie und patholog. Anatomie dieser so gewöhnlichen und bekannten Krankheit wissen. Gestatten Sie mir, trotzdem die Sachen bekannt sein mögen ganz kurz darauf zurückzukommen, um Ihnen so die Motivirung meines Vorgehens zu geben.

Wir finden die Venen des Samenstranges bei Varicocele rosenkranzartig erweitert; histologisch: Atrophie der Muskelhaut, Verdickung der Intima — also das Bild der Phlebosclerose. Bei der Ausdehnung der Lichtung des Gefässes werden die Klappen insufficient und es lastet nun die ganze Blutsäule auf der Innenfläche der Venenwand, welch letztere natürlich, wo die Wand atrophisch ist, nachgiebt und secundäre — compensatorische Bindegewebsanbildung zeigt. — Als weitere Folge tritt dann Ausdehnung des Scrotalsackes mit consecutiver Atrophie der Tunica dartos und cremasterica, ja schliesslich der Haut auf. Dadurch hängt das Scrotum tiefer herab und die Blutsäule wird länger: — Zuletzt äussert sich die Circulationsstörung dann auch am Hodenparenchym als venöse Stauung, Bindegewebsanbildung — Atrophie. — Die Schwere des blutüberfüllten Scrotalsackes giebt zu Zerrungen am ganzen Samenstrang Veranlassung, die ziehende weithin ausstrahlende Schmerzen erzeugen. Gelegentliche Thrombosen können die Beschwerden bis ins Excessive steigern.

Wenn nun diese Phlebosclerose des Plexus pampiniformis eine rein locale Erkrankung mit localen Ursachen wäre, — so wäre die Exstirpation fraglos das einzig indicirte Verfahren. Wir suchen aber naturgemäss nach anderen — weiteren Ursachen eben für jene Gefässerkrankungen, und da zeigen sich gewisse anatomische

Vorbedingungen, die die Venae spermaticae als besonders disponirt zur Phlebosclerose erscheinen lassen. Das aus dem Hoden gesammelte Blut muss durch das Abdomen bin einen weiten Weg aufwärts zurücklegen. Es lastet also eine relativ hohe Blutsäule auf dem ganzen Venengebiet, zu dem noch der intraabdominelle Druck hinzuzuzählen ist. Ich will noch ganz absehen von der häufig ungünstigen Einmündung der vena spermat. sin. in die vena renalis. Auch so schon sind die Bedingungen für den Rücklauf des Blutes ungünstig genug. In diesem Moment müssen wir wohl die anatomische Vorbedingung für die Entstehung der Varicocele suchen.

Alle übrigen Momente — vasomotorische Einflüsse, sexuelle Erregung, Druck der gefüllten Därme etc. gehören ins Gebiet der Physiologie und können uns keine directe Handhabe für die mechanisch-anatomische Therapie des Leidens geben, wenn sie uns auch sonst gute Fingerzeige für hygienische und therapeutische Massregeln weisen. Dass Tumoren, Hernien etc. gelegentlich die Stauung begünstigen, ja hervorrufen können interessirt uns vorab ebenfalls nicht.

Die nicht operative Therapie bekämpft entweder nur Symptome oder Folgen, so das Herabhängen — durch Suspensorien etc. — die Erschlaffung der Haut — durch kalte Douchen etc. Nur der Versuch durch ein Bruchband die insufficienten Klappen der Venen zu ersetzen geht aufs Ziel los — ist jedoch als misslungen anzusehen.

Die Unterbindung eliminirt das erkrankte Gefässgebiet ohne auf die Ursache der Erkrankung weiter einzugehen.

Es ist nun aber sehr wohl denkbar und, wie ich erfahren habe, ausführbar, die Blutsäule erheblich zu verkürzen und den Hauptdruck derselben auf eine andere Stelle zu verlegen—auf eine intraabdominell oder wenigstens extrascrotal gelegene Stelle. Ich habe dieses dadurch zu erreichen gesucht, dass ich den ganzen Samenstrang im Sinne der Bassinischen Bruchoperation verlagerte. Hierbei wird erstens mal der ganze funiculus spermat. verkürzt,— gewissermassen durch Faltung oder Schlingenbildung, — so dass die absolute Höhe der extraabdominellen — scrotalen Blutsäule niedriger wird. Aber auch die Druckhöhe der ganzen Blutsäule wird niedriger. Das Blut, das vom Hoden kommend gegen die jetzt circa 6 ctm. höher gelegene Eintrittsstelle des funiculus in die Abdominalwand aufgestiegen ist, fliesst jetzt dieselbe Strecke wieder abwärts — schräg durch die Bauchwand. Erst innerhalb des Leibes wendet sie sich wieder aufwärts. Man kann also sagen, dass man dem venösen Blutstrom etwa 12 ctm. aufsteigenden Laufes erspart hat wenn wir den funiculus 6 ctm. höher gelagert haben. Da zugleich der funiculus selbst verkürzt ist, fehlt jetzt auch die Zerrung. Schliesslich wird der Samenstrang eine Strecke lang intramusculär gelagert. Dadurch kann vielleicht bis zu einem gewissen Grade die insufficiente Muscularis der Venen ersetzt werden. Wenigstens sehen wir die intramusculären Venen des übrigen Körpers nur selten varicös werden, was wohl auf die bekannte Pumpwirkung der Muskeln zurückzuführen ist.

Diesen Ueberlegungen folgend habe ich an 2 Patienten die Operation mit Erfolg ausgeführt.

Der eine Kranke, ein Schüler von 15 Jahren, hatte seit einem Jahre das Entstehen der Varicocele bemerkt und so beträchtliche Schmerzen gehabt, dass er auch im Winter längeres Gehen z. B. auf die Jagd nicht vertrug. Ja schon Springen und Laufen riefen die bekannten Symptome hervor; alle therapeutischen Versuche waren fruchtlos gewesen. Die recht beträchtliche Varicocele war sicht- und fühlbar. Links offene Bruchpforte. Eine Beseitigung des Leidens schien durchaus geboten, zumal bei der Jugend des Kranken eine Steigerung des Leidens eo ipso und zugleich noch durch die drohende Hernie zu erwarten stand. Ist es doch bekannt, dass die congestiven Zustände der Pubertätszeit besonders geeignet erscheinen eine schon bestehende Varicocele zu vergrössern ja vielleicht sogar ihr Entstehen zu begünstigen. Am 19. Nov. 1894 führte ich unter Aethernarcose beiderseits die Verlagerung der Samenstränge aus. Die Operation verlief fast wie die Bassinische Bruchoperation nur ohne Bruchsack: Schnitt von 12 ctm: Länge über die äussere Bruchpforte schräg nach aussen oben. Durchtrennung des Obliquus externus und internus und transv. bis in den Leistenring, Isolirung des funiculus spermaticus, Verlagerung desselben nach oben, — Naht des obl. int. und transv. und des Leistencanals bis zum Schambeinast über dem hinaufgeschlagenen Samenstrang, Abwärtslagerung des Samenstranges. Schluss des obliquus externus über dem absteigenden Samenstrang. Schluss der Haut. Dauer der Operation der beiden Seiten zusammen 45 Minuten. Reactionslose Heilung. Pat. kann jetzt mit einem Suspensorium, das er so lange tragen soll bis die Scrotalhäute sich wieder zusammenziehen, stundenlang gehen, ist nach Weihnachten 94 schon im tiefen Schnee auf die Jagd gegangen. Im Sommer hat er täglich auf den Morästen gejagt ohne jegliche Beschwerden. Mehrfach und zuletzt im Mai 96 hatte ich Gelegenheit den Patienten zu untersuchen; wie auch nach der Operation konnte man einige dilatirte Venen durchfühlen. Die Scrotalhaut war noch etwas schlaff, contrahirte sich jedoch besser als früher. Beide Testikel standen hoch.

Im 2. Falle handelt es sich um einen 46-jährigen Bauer F. Gross, der angab erst vor 2½ Monaten bei schwerer Arbeit — dem Entwurzeln von Baumstobben «ein Hinabsinken des Hodensackes» bemerkt zu haben. Pat. hat ohne Hülfe ein Suspensorium getragen. Er hat so heftige Beschwerden, dass er nicht mehr seine gewohnte Arbeit verrichten kann, so sei ihm z. B. das Pflügen unmöglich.

Status vom 7. Nov. 1895: Weit herabreichendes Scrotum, die linke Hälfte durch sicht- und fühlbare varicöse Venen verbreitert. Am 7. Nov. 95 Verlagerung des linken Samenstranges nach oben wie im ersten Falle. Am 18. Entfernung der Nähte. I Int. Der linke Hode steht hoch, die Venen des plexus pampiniformis sind zum Theil thrombosirt. Pat. hütet deswegen noch bis zum 25. das Bett, wird dann entlassen.

Laut Nachricht von Dr. Kupffer war der etwas mürrische Kranke zuerst sehr unzufrieden. Etwa nach 4 Wochen jedoch waren alle Beschwerden fort, er konnte wieder alle schwere Arbeit verrichten.

Die vielleicht nicht ganz unliebsame aber jedenfalls unbeabsichtigte Thrombose führe ich darauf zurück, dass ich in diesem Falle bei der Naht des obliquus internus die Oeffnung für den durchtretenden Samenstrang zu eng geschlossen habe und dadurch eine Strangulation mässigen Grades an dieser Stelle erzeugt habe, ein Fehler der natürlich leicht zu vermeiden ist. Die Thrombose ist natürlich kein Unglück, sondern eher als günstiger Zufall aufzufassen. Da man aber den Grad der Strangulation und die Ausdehnung der Thrombose nicht beherrscht und bemessen kann, darf sie nicht im Plan der Operation liegen Für den Erfolg ist die Thrombose, wie der erste Fall lehrt, gleichgültig. Sollte nach längerem Tragen von Suspensorien das Scrotum sich nicht wieder contrahiren, so wäre vielleicht eine Excision aus dem Scrotalsack auszuführen, wenn der Kranke es nicht vorzieht stets ein Suspensorium zu tragen.

Ich glaube, dass diese Erfahrungen zu weiteren Versuchen auffordern. Die Operation lässt sich bei guter Assistenz und einiger Uebung in 15 Minuten ausführen. Sie ist, da wir das Peritoneum nicht eröffnen, überhaupt — und da wir die Gefässe (speciell Arterien) intact lassen auch für die Function der Hoden als ungefährlich zu bezeichnen. Es trifft sie somit nicht der Vorwurf, dass sie gefährlicher sei als die Krankheit. Ich glaube wenigstens sie mit gutem Gewissen empfehlen zu können.

Die Curorte Aegyptens.

Von

Dr. Alfred von Hintzen.

Die Zeit, in der viele Kranke den Süden aufsuchen, um dem an schroffen Uebergängen so reichen Klima Russlands zu entgehen, ist wieder herangenaht. Ein fast einjähriger Aufenthalt in den Curorten Cairo und Helouan giebt mir ein Anrecht, meine Beobachtungen den Herren Collegen mitzutheilen, zumal ich dort ärztlich thätig war.

Entfernungen scheinen heutzutage bei der Wahl des Aufenthaltsortes der Kranken ja keine Rolle zu spielen; wenigstens mehrt sich in Aegypten die Zahl der aus unserem grossen Vaterlande kommenden Kranken von Jahr zu Jahr. Um nun die Anschauungen der Herren Collegen über die Curorte Aegyptens zu klären, möchte ich sowohl die geographisch-klimatisch-hygieinischen Verhältnisse der Curorte, als auch die materiellen Seiten des Aufenthaltes der Kranken besprechen. Letztere sind ja von einschneidender Bedeutung für den Curerfolg.

Aegypten lässt sich heutigen Tages von allen grossen Häfen des Mittelmeeres bequem erreichen, für Russland kommt nur Odessa in Betracht. Eine in jeder Beziehung vortreffliche Dampfer-Verbindung mit Alexandrien macht die Fahrt zu einer sehr angenehmen. Peinlichste Sauberkeit, vorzügliche Verpflegung bei tüchtigster technischer Leitung des Schiffes, herrscht auf den Dampfern Одесскаго Общества пароходства и торговли.

Dauert die Ueberfahrt auch acht Tage, so bietet sie den Kranken doch den Vortheil, sich in Constantinopel, Smyrna, Athen, je 12—36 Stunden von etwaigen Strapazen der Seereise, auf dem Dampfer, zu erholen. Die Ueberfahrt kostet incl. Verpflegung I. Klasse 95, II. Klasse 75 Rbl.

Neuerdings ist Aegypten von Reisenden aus aller Herren Länder überschwemmt: in der Hochsaison 1895 (Januar, Februar, März) fassten die Hotels und Pensionen in Cairo und Helouan nicht mehr die Zahl der Ankommenden. Die Mehrzahl dieser sind Vergnügungsreisende, ein grosser Contingent jedoch Genesung-Suchender. Es überwiegen Amerikaner und Engländer, aber man trifft auch sehr viele Deutsche und in wachsender Zahl Russen.

Seit alter Zeit unterscheidet man Ober- und Unter-Aegypten: letzteres ist das vom Nil angeschwemmte Delta. Die Küste hat das südliche Mittelmeer-Klima. Im Delta liegen die Städte Alexandrien, in 4 Stunden Eisenbahnfahrt oberhalb Cairo. Beide Städte tragen im Wesentlichen europäischen Charakter in Anlage und Bau.

Alexandrien kommt als Aufenthaltsort für Kranke wegen seiner exponirten Lage absolut nicht in Betracht. In der Nähe der Stadt haben sich die reichen Bewohner derselben Villen am Meere gebaut, die für den Sommer bezogen werden. Die Vice-Königliche Familie, die hohen Staatsbeamten und die diplomatischen Vertreter europäischer Staaten wohnen ebenfalls die heisse Zeit über in Ramleh und San Stefano, so heissen die Villen-Orte. Der steigende Luxus macht die zunehmende Theuerung in diesen Orten erklärlich. Das eigentliche «Ober-Aegypten» umfasst Mittel- und Ober-Aegypten. Es dehnt sich zu beiden Seiten des Nils als schmaler Streifen fruchtbarsten Landes aus, östlich begrenzt die arabische, westlich die lybische Wüste diesen Streifen.

Alle Vegetation hängt von der Nil-Ueberschwemmung ab, diese tritt im August Monat ein. Wo die befruchtende Kraft des Nilwassers aufhört, beginnt «die Wüste». Daher auch das Klima dieses Stück Landes ganz von der wundervollen, reinen u. trockenen Luft der Wüste beherrscht wird. Es giebt eine heisse Jahreszeit, — von Mitte April bis October incl., — und eine weniger heisse, — vom November bis April. Nur diese kühlere Zeit hat für die Lungen-Kranken Bedeutung. In den heissen Monaten ist für solche der Aufenthalt unmöglich. (Das Temperatur-Maximum beträgt im Delta + 35° Cel., im Schatten) in Ober-Aegypten + 43° Cel., das Minimum + 20° C. resp. + 40° C. Die grösste Abkühlung der Luft macht sich in den letzten Stunden vor Sonnenaufgang bemerkbar. Die grösste Erhitzung der Luft, 1—3 Uhr Nachmittags, sowie die kühlste Zeit des Tages kommt somit für die Kranken nicht in Betracht, da dieselben dann im Zimmer weilen. Leider sind mir die neuesten vortrefflichen Bulletins über die Temperatur-Verhältnisse Aegyptens, die Herr Dr. med. Engel-Bey im Auftrage des Ministeriums wöchentlich herausgiebt, augenblicklich nicht zugänglich; ich kann dieselben erst später als Ergänzung dieser Mittheilungen bringen. Nächst der Hitze ist dem ägyptischen Klima die Trockenheit eigen. Die trockene Luft bewirkt eine schnelle Verdunstung an der Hautoberfläche, sowie Abkühlung derselben. Nach Goltdammer[1]) ist eine Luft mit weniger als 55% relat. Feuchtigkeit als sehr trocken zu bezeichnen. In Ober-Aegypten beträgt die mittlere Feuchtigkeit der Luft vom December bis März nur 50%, im Delta dagegen 53—61%. Ersteres hat daher das eigentliche heilende Klima für die Kranken.

In den Wintermonaten sind die Mitteltemperaturen von Cairo und Nizza nach Goltdammer folgende:

	October.	November.	December.
Cairo . .	22,85	18,75	14,35
Nizza . .	17,11	12,95	9,81
	Januar.	Februar.	März.
Cairo . .	12,	13,	16,85
Nizza . .	8,27	10,	10,52

und die für Cairo und Madeira:

	October.			November.		
	Max.	Differ.	Min.	Max.	Differ.	Min.
Cairo .	29,1	11,5	17,6	23,6	9,0	14,6
Madeira	23,29	5,25	18,04	20,84	4,83	16,01

	December.		
	Max.	Differ.	Min.
Cairo .	20,7	11,2	9,5
Madeira	19,11	5,3	14,08

Diese Zahlen sprechen für sich! und Cairo!

In der «Saisonzeit» wehen kühle Winde. Hin und wieder erheben sich allerdings heisse Südwinde «Chamsine» genannt nach der Zahl 50 (arabisch chamseïn), weil sie am stärksten in den 50 Tagen zwischen Ostern und Pfingsten der Kopten auftreten. In der Saison sind die Chamsine übrigens selten. In der Zeit vom 1. Dec. bis 1. Mai gab es im Ganzen nur acht Chamsintage. Darunter allerdings drei aufeinanderfolgende — am 26., 27., 28. Februar, dabei betrug die Temperatur in Cairo im Zimmer am 3. Tage am Mittag + 33° R. An solchen Tagen ist natürlich Gesunden und Kranken der Aufenthalt in freier Luft nicht zu rathen. Aegypten ist ein im ganzen gewitter- und regenloses Land; 1894/95 im Winter, regnete es nur fünfmal; am 11. April allerdings wolkenbruchartig.

Die Haupt-Anzeigen für den Aufenthalt von Kranken in Aegypten sind vor allem die Fälle von Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes, chronische Catarrhe der Bronchien, pleuritische Exsudate, chronische Nierenkrankheiten (Albuminurie) und die verschiedenen Formen des Diabetes.

Bei rein diätetischem Leben bewirkt in solchen Fällen das Klima, einzig dieses, Wunder an Heilung resp. Stärkung des Organismus und daher Verlängerung des Lebens. Es folgen: chronischer Rheumatismus, Nervenleiden (Ischias), Hautkrankheiten — speciell inveterirte Lues. Bei letztgenannter Gruppe kommt allerdings zur Heilwirkung des Klimas auch der Gebrauch der Schwefelbäder im Bade- u. Curorte Helouan (siehe weiter unten) hinzu. Es sollten nach Aegypten nur sehr wohlhabende Kranke geschickt werden; denn das Leben in den Hotels ist sehr theuer. Volle Pension kostet 5½—7½ Rbl. täglich. In den «Pensionen» stellen sich die

[1]) Professor Dr. Hirschberg: Aegypten. Verlag von G. Thieme, Leipzig l. c. Seite 12.

Preise billiger, 2½—4 Rbl. täglich, je nach der Lage der Zimmer. Kranke dürfen natürlich nur nach Süd- oder Süd-Ost gelegene Zimmer bewohnen, da es bisher nur in den theuersten Hotels Heizvorrichtungen giebt Es sollte dabei für die Curorte Aegyptens, — wie für alle entfernteren — der Grundsatz gelten, diejenigen Patienten, deren Körperkräfte schon zu sehr consumirt sind, nicht hinzuschicken. Eine Ausnahme dürften nur die sehr reichen Schwerkranken machen; ich komme nochmals darauf zurück! Schwerkranke werden sehr ungern in den billigen Pensionen aufgenommen; man sucht vielmehr diese Unglücklichen unter irgend einem Vorwande zu entfernen. Dieselben müssen dann in die Hospitäler, deren es zwar vortreffliche in Cairo giebt, in denen es jedoch relativ Wenigen vergönnt ist, unterzukommen. Der Raum ist beschränkt. Das englisch-deutsche Diakonissenhaus, das österreichische Hospital, das europäische Krankenhaus (von Italienern, Franzosen und der russischen Kolonie unterhalten) sind sehr gut eingerichtete Krankenhäuser, aber auch nicht mehr, niemals — Sanatorien! Leider giebt es solche garnicht in der Umgebung Cairo's, geplant wird allerdings der Bau mehrerer, eines in Helouan und eines in Materioh (das alte Heliopolis). Die im neuesten Style ausgestatteten Hotels und Pensionen, überfüllt von vergnügungssüchtigen Touristen, bieten den Kranken nicht genügend Ruhe, um sich zu kräftigen. Cairo ist speciell für Lungenkranke ein absolut ungeeigneter Aufenthaltsort. Auf vom Nil angeschwemmten Boden erbaut, mit Chausée-Strassen, bisher ohne Canalisation, bietet diese Grosstadt mit ihrem riesigen Wagenverkehr keinen staubfreien Platz zum Aufenthalt im Freien. Der Staub, mit Mikroorganismen aller Art versehen ist immens; er dringt in alle Winkel der Zimmer, selbst bei geschlossenen Fenstern. Zwar werden die Strassen vor- und nachmittags besprengt; den Staub beseitigen diese Proceduren nur vorübergehend. Dafür machen sie es dem Fussgänger ziemlich unmöglich, die Strassen zu passiren. Von den dichtbevölkerten und enggebauten Theilen der Stadt, die von Eingeborenen eingenommen sind, spreche ich lieber garnicht! Denn — der Mensch begehre die nimmer zu schauen!

Die Trinkwasser-Versorgung der Stadt lässt auch viel zu wünschen übrig, daher der Europäer auch nur gekochtes und durch Pasteur-Filter durchgelassenes Wasser geniesst, am liebsten mit Wein vermischt. Die Wohlhabenden geniessen fast immer die bekannten europäischen Mineralwasser. Denn durch das Wasser werden viele Krankheitskeime verbreitet, vor allem das Distomum Billharzii, die Dysenterie, auch der Typhus. In Folge der in fast jeder Beziehung ungünstigen Verhältnisse in Cairo schicken die gewissenhaften Aerzte Cairo's die Lungenkranken in die in der Wüste gelegenen Curorte, an deren Spitze der Ort Helouan steht. Helouan bietet alle Vorzüge des Aufenthaltes in der reinen, trockenen Wüstenluft bei grösster Bequemlichkeit für die leiblichen Bedürfnisse für die Kranken.

Helouan [2]) liegt eine halbe Stunde Eisenbahnfahrt weit von Cairo, mitten in der Wüste, am Fusse des Mokattam-Gebirges, auf dem rechten Ufer des Nils, c. 33 Meter über dem Niveau desselben. • Der Nil ist 4 Kilometer entfernt. Dieser Ort hat seit 1880, Dank dem Interesse des damaligen Vicekönigs Terfik-Pascha, einen grossen Aufschwung erfahren. Nach europäischem Muster wurde das Badeetablissement eingerichtet (von Dr. med. Reil-Pascka), die sanitären Verhältnisse geregelt (von Dr. med. Engel-Bey). Heute bietet Helouan mit seinen hübschen Häusern im Villenstyle, seinen geraden, reinen Strassen, Gärten, Parkanlagen vor den Hotels und dem Palais des Vice-Königs einen reizenden Anblick und ist in der Saison überfüllt von Kranken. Die modernen Beleuchtungsarten der Strassen und Plätze mit Gas und Electricität fehlen keineswegs, ebensowenig eine Wasserleitung. Die Hotels sind comfortabel, die Pensionen gut und bedeutend billiger, als sonst in Aegypten. Hier finden auch weniger bemittelte Kranke die Möglichkeit, ihre Gesundheit wieder herzustellen. Patienten können hier Privatwohnungen miethen, sich dort nach Gefallen einrichten. Kein Lärm stört die Ruhe der Wüste. Die trockene, reine Luft lässt sich immer einathmen, da die Kranken fast den ganzen Tag in der Wüste zubringen können, indem sie, ja nach ihrem Befinden, auf Anordnung des Arztes Spaziergänge unternehmen. Dazu bietet sich reichliche Gelegenheit. Vom Kamme des Mokattam-Gebirges hat man einen wunderbaren Rundblick auf die grossen, sowie auf die Stufen-Pyramiden von Darehour, auf die mit Palmenwäldern umsäumten Ufer des Nils, die üppigen Zuckerrohrfelder etc. etc.

Hydrologie und Balneologie Helouans.

Das Plateau von Helouan gleicht einem mit Wasser gefüllten Schwamm: überall treten bei Bohrungen Quellen, meist aus beträchtlicher Tiefe hervor. Sieben der bisher entdeckten sind dauernd gefasst, die Temperatur derselben schwankt zwischen 25—30° C. Die täglich producirte Menge ist 20, 60, 150—400 Cbm. Die beiden im Badehause befindlichen Quellen stehen mit einander in Verbindung. Das Wasser ist vollkommen klar; an der Luft resp. Sonne bedeckt es sich nach einiger Zeit mit einer «Haut» von schwefelhaltigen Kalksalzen (Baregine genannt), die langsam zu Boden sinken.

Die Analyse, nach Professor Gastinel-Bey ergab in dieser Haut resp. Schicht:

In 100 Gr. derselben, im frischen, resp. trockenem Zustande:

Schwefel:	Gr. 1,75	— 0,65152
Jod: . .	» 0,22855	— 0,08509
	Gr. 1,97855	— 0,73661

In der Nähe der beiden im Bade-Etablissement befindlichen Quellen, macht sich stets ein starker Schwefelwasserstoffgeruch bemerkbar. Der Geschmack des Wassers ist ein salziger; genossen, ruft dasselbe Aufstossen hervor:

An gasförmigen Producten befanden sich in diesen beiden Quellen (nach Analyse desselben Professors).

1) freies Schwefelwasserstoff-

gas i. Cb. . . .	47	Gramm	0,0731
Kohlensäure i. Cb. .	61	»	0,1200
Stickstoff i. Cb. . .	10	»	0,0126
	Cb. 118	Gramm	0,2057

2) An festen Stoffen: Chlorcalcium (gr. 0,1800) Chlormagnesium (1,8105) Chlornatrium (3,2000) doppeltkohlens. Kalk (0,8050) sowie schwefelsaurer Kalk, Silicium und stickstöffhaltige organische Stoffe (spurenweise).

Die Anzeigen für die Helouaner Schwefelbäder habe ich früher bereits genannt. Das Klima eignet sich ausserdem vortrefflich zur Unterstützung der Innuctions-Cur. Denn erfahrungsgemäss ist Lues in Aegypten sehr verbreitet, tritt aber in leichterer Form auf, als bei uns. Ein Beweis, wie sehr man leitenden Ortes die klimatologischen Verhältnisse Helouan's zu schätzen weiss, liegt darin, dass die englische Occupations-Armee stets in die Nähe Helouan's dislocirt wird, wenn in Cairo Epidemien wüthen.

Als Aufenthaltsort für Kranke aller Art in der Nähe Cairo's, — auf dem Plateau der grossen Pyramiden, — wäre noch das grosse, bequem eingerichtete Hotel Mena-House zu erwähnen. Dasselbe ist in einer Stunde per Wagen zu erreichen und wird hauptsächlich von Engländern besucht.

[2]) Les eaux thermales Salino-Sulfurenses D'Helouan près de Caire, par E. Heltzel, Directeur de l'etablissement à Helouan, 1888, chez l'auteur.

Das gleichförmigste Klima besitzt jedenfalls der Ort Luxor in Ober-Aegypten, 740 Kilometer von Cairo entfergt. Man gelangt dorthin entweder mit Dampfern der äyptischen Regierung oder solchen der Compagnie Cook (sehr theuer). Luxor und das 4 Kilometer weiter liegende Esueh haben das gesundeste, weit gleichförmigste Klima in Ober-Aegypten. Speciell Luxor bietet uns Europäern die grossmöglichste Bequemlichkeit durch comfortable Hotels, in denen englische Aerzte practiciren. Naturgemäss ist hier alles viel theurer, als in Cairo und Umgegend. Luxor oder Lugsor ist die Stätte des alten Thebens mit den wunderbarsten Resten alter Bauwerke, demgemäss bietet der Aufenthalt daselbst eine Fülle des Interessanten. Ob die langsame Nilfahrt auf Barken (Dahabizek), wie sie von Touristen executirt wird, auch Kranken zu empfehlen ist, mag ich nicht beurtheilen, — bezweifle es jedoch.

Wenn es mir mit dieser Mittheilung gelungen sein sollte den Herren Collegen einige Gesichtspunkte für die Beurtheilung der Curorte in Aegypten zum Heile der Kranken zu liefern, so wäre der Zweck derselben erfüllt.

Referate.

v. Noorden: Zwei operative Eingriffe wegen Folgezuständen von Magengeschwüren. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 35).

Die Indication zum Eingriff im ersten Fall (52-jährige Patientin) bot ein dauernd zunehmendes Unbehagen nach jeder Mahlzeit, erhöht durch Schmerzgefühl in der Verdauungsperiode. Dazu gesellte sich eine durch diese Leiden veranlasste hochgradige Nervosität. Lokal fand sich zwei Finger breit über dem Nabel, etwas nach links, eine schmerzhafte Zone. Die Resistenz der Bauchwand erschien hier bei Palpation, auch in Narkose, vergrössert. Die chemischen Funktionen des Magens waren normal. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein Netztheil nach aufwärts geschlagen. Bei weiterem Vordringen fand Autor das Netz in markstückgrosser Ausdehnung mit dem Magen nahe dem Pylorus verwachsen. Lösung dieser Verwachsung durch Abbinden mit 4 Ligaturen. Der Magen erschien klein, unverändert, ohne weitere Verwachsungen. An dem Rand der netzbefreiten Stelle war die Serosa in leichte Falten, einer Sternfigur ähnlich, gezogen. Der Verlauf war günstig, es erfolgte aseptische Heilung und Patientin war von ihren Schmerzen befreit. — Die Indication zur Operation im zweiten Fall war beginnende Peritonitis nach Perforation eines Ulcus ventriculi bei einer 25-jährigen Patientin. Bauchschnitt zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Beim Heben des Netzes, welches auch in diesem Fall mit der vorderen Magenwand verwachsen war, wurde an der Verklebungsgrenze nahe der grossen Curvatur eine kleine Luftblase bemerkt, welche die Perforationsstelle anzeigte. Während der Vorbereitungen zur Resection und starkem Herabdrücken der Bauchwandränder riss die zunderartige, weiche Umgebung der Perforationsstelle zum Pylorus hin mehrere Centimeter weit ein und eine Menge Mageninhalt ergoss sich in die Bauchhöhle, so dass eine sofortige Toilette der Bauchhöhle nothwendig wurde. Die Operation musste abgebrochen werden und fünf Tage später, während denen keine allgemeine Peritonitis aufgetreten war, versuchte Autor die Fistel zu schliessen, allein vom Rande der Fistel war ein deutlicher Selbstverdauungsprocess im Gange. Daher misslang dieser wie noch drei Mal später wiederholte Versuch eines Fistelverschlusses vollkommen. Die Kranke erlag der Inanition am 56 Tage nach dem ersten Eingrift. Die Section ergab einen über fünfmarkstückgrossen Defect an der vorderen Magenwand. Der Sitz befand sich unmittelbar vor dem engen Schnürring eines stark ausgeprägten Sanduhrmagens auf narbiger Basis. Ueberall bestanden Verwachsungen, so dass der Magen wie eingemauert, kaum lösbar war.

Weyert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

608. Sitzung am 17. September 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Im Anschluss an das Protokoll der vorigen Sitzung giebt Herr Lunin an, dass er 2 Fälle von Cerebrospinalmeningitis behandelt, von 3 weiteren Fällen gehört habe, so dass zu dieser Zeit wohl eine kleine Epidemie bestanden habe. In einem der beiden Fälle trat nach Spinalpunction und Entleerung von 35 ccm. Flüssigkeit vom spec. Gew. 1007 mit einem Eiweissgehalt von 1,5‰ schnelle Besserung und Genesung ein. Seitdem Quincke 1891 die Spinalpunction empfohlen, wird dieselbe zu therapeutischen Zwecken ausgeführt. Während aber ihr therapeutischer Werth gesunken ist, leistet sie der Diagnose wesentliche Dienste. Es gelingt häufig nicht viel Flüssigkeit zu entleeren, da bei Verwachsungen der Medulla mit Kleinhirn und Schläfenlappen die Communication mit dem Seitenventrikel aufhört. Spec. Gewicht, Eiweiss- und Zuckergehalt, Formelemente und Mikroorganismen der entleerten Flüssigkeit erlauben dagegen diagnostische und prognostische Schlüsse. Bekanntlich wird die endemische Cerebrospinalmeningitis durch Diplococcen, Pneumococcen, Bac. coli commune, Influenzabacillen und Streptococcen hervorgerufen und endet gewöhnlich letal. Die epidemische Form wird zurückgeführt auf den Mikrococcus intracellularis von Weichselbaum. Derselbe ist von Jäger reincultivirt und von Heubner erfolgreich auf Thiere übertragen, so dass er als pathogenetisch für die epidemische Cerebrospinalmeningitis anerkannt ist.

L. demonstrirt ein Präparat, in dem es zu Verwachsungen zwischen Kleinhirn Medulla und Temporallappen gekommen war, weswegen durch Punction nicht viel Flüssigkeit entleert wurde. Ein zweites demonstrirtes Präparat enthält eine in der Cauda equina reactionslos eingeheilte Punctionsnadel, welche abgebrochen war. Um diese Nadel zu finden wurde von Anders ein proc. spinos. resecirt, die Dura gespalten und drainirt. Es gelang nicht die Nadel zu finden. Das Kind ging marastisch zu Grunde nachdem es noch Scharlach durchgemacht hatte. Die Section ergab, dass die Nadel einen Intraspinalraum tiefer sass, als sie gesucht wurde Lunin spricht sich dahin aus, dass es rationell wäre be· Cerebrospinalmeningitis einen proc. spinosus zu resecirein und die Dura zu spalten, damit der häufig ziemlich dicke Eiter leichteren Abfluss bekäme.

Herr Anders bemerkt, dass beim Einstechen der Nadel in der Mittellinie bei der geringsten Bewegung resp. lordotischen Krümmung der Wirbelsäule die Nadel zwischen den proc. spinosi wie in einer Kneifzange gefasst und abgebrochen wird. Es ist daher rathsam nach Quincke's Vorschlag mehr seitlich einzustechen. Im demonstrirten Fall war der Nadelstich nicht zu sehen, daher die Nadel schwer zu finden. Die Dura wurde zu therapeutischen Zwecken freigelegt.

Herr Nissen weist darauf hin, dass es leichter ist in der Mittellinie einzugehen, Versuche seitlich einzudringen misslangen. In einer ganzen Reihe von Lumbalpunctionen in der Mitte ist die Nadel trotz des unruhigsten Verhaltens der Kinder nicht abgebrochen.

Herr Kernig erinnert an die Fälle von plötzlichem Tode nach der Punction. Kürzlich ist ein derartiger Fall in Riga passirt [1]). In einem Falle eigener Beobachtung trat der Tod unerwartet nach 2 Tagen ein nach anfänglich unbedeutender Besserung. Auch bei Fürbringer sind 4 derartige Todesfälle erwähnt.

Herr Nissen hat als Folge der Punction starke Krämpfe auftreten sehn. Nach Entleerung von 75 ccm. Flüssigkeit hielten diese Krämpfe in einem Fall bis zum Tode an, der nach 8 Stunden erfolgte.

2. Die Herren Moritz und von Dehn sprechen über die Behandlung Herzkranker in Nauheim und die Schott'sche Methode.

Herr Moritz giebt zuerst einen historischen Ueberblick über die langsame Entwickelung der Indicationsstellung für die Anwendung der Bäder in Nauheim bei Herzkranken. 1859 berichtete Beneke über 4 Fälle, 1861 über 8 Fälle von Herzkranken, die durch die kohlensäurehaltigen Soolbäder gebessert waren, er bezeichnete die Bäder als Heilmittel und sprach ihnen eine Bedeutung zu beim Vorbeugen von Recidiven von Endocarditis. 1872 publicirte Beneke schon 101 Fall. Er schrieb den Bädern einen regelmässigen beruhigenden Einfluss auf die Herzthätigkeit zu. Ebenso gab Grödel 1878 an, dass durch die Bäder die Energie der Herzaction gesteigert werde und Schott nannte die Bäder 1880 ein Tonicum ersten Ranges für das geschwächte Herz, da die Pulsfrequenz im Bade vermindert, der Blutdruck und die Respiration gesteigert würden.

Schott fand, dass direct nach dem Bade bei Herzdilatationen eine Verkleinerung der Dämpfung zu constatiren sei, auch Grödel constatirte eine Verkleinerung der Herzdämpfung während der Dauer der Kur bei Herzdilatation und ein Zurückgehen der Folgeerscheinungen der Herzinsufficienz.

Aug. Schott hat durch Einführen der Heilgymnastik in die Behandlung der Herzkrankheiten eine eigene Curmethode geschaffen. Die Schott'sche Cur, die in Combina-

[1]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1896, Nr. 33, p. 301. Dr. O. Klemm führt in der Sitzung der Gesellschaft practischer Aerzte in Riga vom 21. Februar 1896 nachträglich an, dass er vor kurzem abermals eine Lumbalpunction gemacht habe. 2 Stunden später traten Krämpfe auf und 10 Stunden später erfolgte der Tod.

tion von Bädern, Heilgymnastik und diätetischen Massregeln besteht, wird alljährlich von einer grossen Zahl angereister Aerzte studirt und ist von Herrn von Dehn in diesem Sommer genauer kennen gelernt worden.

Herr von Dehn hat sich durch mehrfache Untersuchungen von 30 Pat. aus der Privatpraxis des Dr. Schott von dem günstigen Einfluss der Bäder und Heilgymnastik überzeugen können. Die Cur beginnt mit Verabfolgung der von natürlichen Soolbädern von 33—29° C. und 5—20' Dauer. Darnach erst wird zu kohlensäurehaltigen Sprudelbädern übergegangen. Nach 2 Badetagen folgt ein Ruhetag. Nach der Meinung von Schott können die natürlichen Bäder auch durch künstliche ersetzt werden. Während der ganzen Cur befindet sich der Pat. unter ärztlicher Controlle. Sobald sich der Pat. durch die Bäder angegriffen fühlt muss eine längere Ruhepause beobachtet werden. Die Soolbäder werden verabfolgt in der Stärke von 1% (auf 50 Liter Wasser 1 Pf. Salz) und wird bis 3% gestiegen. Kohlensäurehaltige Bäder können bereitet werden durch Zusatz von 1/2 Pf. Soda und 3/4 Pf. roher Salzsäure, auch hiermit kann man steigen. Nach dem Bade wird der Pat. abgerieben und muss eine Stunde ruhig im Bette liegen, nicht schlafen. Bei der Heilgymnastik macht der Pat. Uebungen, wobei gewisse Widerstände von ihm überwunden werden müssen. Dabei darf keine Ermüdung eintreten. Der dem Pat. geleistete Widerstand muss individualisirt werden. Verschiedene Muskelgruppen werden dabei zur Uebung herangezogen. Zwischen den einzelnen Uebungen werden Pausen eingehalten. Die Uebungen dauern 10 Min. bis 1/2 Stunde. Bei der Selbsthemmungsgymnastik, die nur von intelligenteren Pat. ausgeführt werden kann, werden die Bewegungen durch Anspannung der antagonistischen Muskeln vom Pat. selbst gehemmt. Nach den Uebungen kann eine Verkleinerung sowohl der relativen als auch der absoluten Herzdämpfung constatirt werden. Der Puls wird langsamer, voller, seine Qualität besser. Auch das subjective Befinden bessert sich.

Schott behandelt alle chronischen Herzkranken. Als Contraindicationen sieht er an stark entwickelte Arteriosclerose, Aneurismen und hochgradige Compensationsstörung. Bei Rückfällen und Verschlimmerungen des Zustandes wird die Cur ausgesetzt bis sich Pat. erholt, während welcher Zeit die medicamentöse Behandlung in ihr Recht tritt. Später fängt man wieder mit wärmeren und schwächeren Bädern an; die Behandlung wird dem subjectiven Befinden des Pat. angepasst.

Herr von Dehn theilt zum Schluss einige Krankengeschichten mit und demonstrirt eine grosse Zahl von Abbildungen von Herzdämpfungen vor und nach der Behandlung. Die Befunde wurden von mehreren Collegen controllirt, darunter von Prof. Heinemann und Dr. Robertson aus Glasgow. Auch beim Gesunden kann eine Wirkung der Sprudelbäder in Form der Verkleinerung der Herzdämpfung beobachtet werden.

Herr Moritz führt an, dass die Schott'sche Behandlungsmethode besonders in England Anerkennung gefunden hat, wo sie wiederholt besprochen und kritisirt worden ist. Namentlich sind Zweifel an der Richtigkeit der graphischen Wiedergabe der Herzdämpfungen ausgesprochen worden. Die Contouren der Herzdämpfung lassen sich aber nicht so leicht in aller Geschwindigkeit herauspercutiren, dazu noch nach dem Bade und von mehreren Collegen. Die deutschen Autoren sprechen sich auch neuerdings günstig aus. Prof. Bauer in München lobt sie, während Oertel, der bekanntlich seine eigene Terraincur vorgeschlagen hat, die Schott'sche Methode nur beiläufig erwähnt.

Herr Kernig erkennt an, dass alljährlich eine Zahl von Herzkranken gebessert aus Nauheim zurückkehren und ohne Beschwerden ihrem Berufe nachgehen können. Die Schott'sche Behandlung ist aber nur ein Theil der den Herzmuskel übenden und stärkenden Methode um deren Einführung in die Therapie Oertel sich die grössten Verdienste erworben hat. Er wies zuerst (1884) darauf hin, dass in einem gewissen Stadium der Herzmuskel gestärkt werden kann, wobei als Uebung die körperliche Bewegung die nächstliegendste und bequemste ist. Die grösste Kunst ist es nun den richtigen Moment für den Beginn der Cur zu finden, und bei derselben des Guten nicht zu viel zu thun. K. führt einige Fälle an, wo Pat. in viel schlechterem Zustande aus Nauheim zurückkamen, als vor der Abreise. Auch bei forcirten Oertelcuren haben sich die Kranken nicht selten überthan. Bei fehlender Compensation darf die Cur natürlich nicht angewandt werden, sondern muss Ruhe beobachtet werden. Bei vollständig compensirten Herzfehlern, bei welchen sich die Pat. ganz gesund fühlen, und wo lange kein Rheumatismus vorhanden war hat eine Cur in Nauheim natürlich keinen Sinn. Die Hauptindication für Nauheim bleibt selbstverständlich der Rheumatismus der mit frischer Endocarditis complicirt ist, als zweite Indication erkennt Kernig ohne weiteres an Schwächezustände des Herzmuskels, die die verschiedensten Ursachen haben können die noch nicht das Bild der groben Compensationsstörung bieten.

Herr Masing hat sich vom Nutzen der Hartelius'schen Methode, bei welcher der Thorax seitlich gefasst und in Vibration gebracht wird, selbst überzeugen können. Auch hiernach wurde der Puls regelmässiger und kräftiger, trotzdem es sich um keine Uebung handelt. Vielleicht wird der Effect durch eine Art Reflexwirkung erzielt.

Herr Kernig hat in einem Falle von der Herzmassage (directes Beklopfen der Herzgegend durch einen Masseur von Fach) keine therapeutischen Resultate gesehen.

Herr von Dehn giebt an, dass auch Schott die Herzmassage geübt hat ohne denselben Erfolg wie bei seiner Methoden.

Herr Moritz erwähnt, dass Schott eine gewisse Gradation für die Anwendung seiner Uebungen feststellt, letzterer gibt es eine grosse Zahl. Erst nach Absolvirung von einer bestimmten Zahl von Uebungen soll ein Stadium folgen, in dem das Bergsteigen resp. die Terraincur (Johannisberg) vertragen wird.

Herr v. Dehn führt nach Schott gegen die Zandersche Gymnastik an, dass dieselbe einerseits kostspielig sei und nur an wenigen Orten durchzuführen sei, andrerseits aber die Widerstände nicht so individualisirt werden könnten wie vom Gymnasten. Letztere müssen gut geschult sein, besonders anfangs verfallen sie leicht in den Fehler zu grosse Widerstände den Pat. überwinden zu lassen.

Zuschrift an die Redaction.

Ich ersuche eine geehrte Redaction um Aufnahme folgender Zeilen.

In der Nr. 37 dieser Wochenschrift befindet sich ein Aufsatz des Herrn Dr. P. Kelterborn über Gangräna pedis. Es handelte sich um einen Patienten des Libauschen Stadtkrankenhauses, welcher sich in der Honoratioren-Abtheilung desselben vom 25. Mai — 8. Juni d. J. befand. In dieser Zeit wurde ein Zeh nach dem anderen brandig und Pat. bat dringend um Operation, die ich jedoch nicht vornehmen wollte, bis der Brand sich begränzt hatte. Pat. verlor die Geduld und liess sich ausschreiben angebend, er wolle sich nach Riga wenden. In Wirklichkeit blieb er jedoch in Libau und wurde nach einigen Tagen ohne mein Wissen von Herrn Dr. Kelterborn operirt, welcher damals und noch einige *Monate* länger mein Assistenzarzt am Krankenhause war. Von der 30 Zeilen langen Krankheitsgeschichte behandeln die ersten 18 Zeilen den Krankheitsverlauf, welcher sich unter meiner Behandlung im Krankenhause abspielte und hat Herr Dr. Kelterborn dieses Material ohne meine Erlaubniss veröffentlicht.

Als Leiter der Anstalt halte ich mich verpflichtet gegen ein derartiges Verfahren Verwahrung einzulegen.

Dr. med. Oskar Johannsen,
Oberarzt am Stadtkrankenhause zu Libau.

Vermischtes.

— Zur Zurechtstellung der dem «Wratsch» entnommenen Notiz über das Petersburger Comité zum Empfang der Mitglieder des XII. internationalen med. Congresses haben wir mitzutheilen, dass das Moskauer Organisations-Comité den Prof. Sklifassowski mit der Leitung des Petersburger Comité betraut hat.

— Am 5. October wurde im hiesigen Nikolai-Militärhospital das 35-jährige Dienstjubiläum des Oberarztes dieses Hospitals, Geheimraths Dr. Janowitsch-Tschaïnski. und zugleich das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit an dem genannten Hospital gefeiert. Von den Aerzten des Hospitals wurde dem Jubilar ein Album mit ihren Photographien dargebracht.

— Am 8. October beging der Professor der Kinderheilkunde an der militär-medicinischen Akademie, Ehren-Leibmedicus Dr. N. Bystrow sein 30-jähriges Jubiläum, bei welcher Gelegenheit demselben seitens seiner Collegen, Schüler, Freunde und Verehrer zahlreiche Glückwünsche dargebracht wurden.

— Der berühmte Hygieniker, Professor Dr. Max v. Pettenkofer in München ist auf weitere drei Jahre als Präsident der bayrischen Akademie der Wissenschaft und als General-Conservator der wissenschaftlichen Sammlungen des bayrischen Staates bestätigt worden. Gleichzeitig wurde ihm durch ein Handschreiben des Prinzregenten der Titel «Excellenz» verliehen.

— Professor Dr. Du Bois-Reymond (Berlin) ist von seiner Krankheit jetzt so weit wieder hergestellt, dass er

seine für das Wintersemester angekündigten Vorlesungen über Physiologie zu halten gedenkt. (A. m. C.-Ztg.)

— Verstorben: 1) In St. Petersburg Dr. Alexander Schultz. 2) Am 30. September in Helsingfors der Professor der Syphilidilogie und Dermatologie an der dortigen Universität, Dr. Smirnoff, an einem Leberleiden. 3) In Krassnoufimsk (Gouv. Perm) der dortige Stadtarzt Dr. J. Petrutschenko im 31. Lebensjahre am Scharlach.

— Der Moskauer Kliniker Prof. J. Nowatzki hat der Moskauer Universität 50,000 Rbl. gespendet zur Einrichtung eines unentgeltlichen Quartiers für mittellose Studenten, das seinen Namen tragen wird.

— Die Spenden für bacteriologische Institute in Russland mehren sich in erfreulicher Weise. So hat der reiche Kiewer Zuckerfabrikant L. Brodski, dem das Kiewer bacteriologische Institut seine Errichtung verdankt, neuerdings diesem Institut wieder einen Beitrag zukommen lassen, so dass er jetzt bereits über 100,000 Rbl. für dasselbe gespendet hat.

— In Tomsk hat, wie der dortige Kliniker Prof. Kurlow mittheilt, ein gewisser W. Simin sich bereit erklärt, das ihm von seiner verstorbenen Schwester S. Tschurina zukommende Kapital im Betrage von nahezu 100,000 Rbl. der Universität Tomsk zur Einrichtung eines bacteriologischen Instituts zu schenken, mit der Bedingung, dass die Heilmittel, welche das Institut bereitet, den Einwohnern der Stadt Irkutsk unentgeltlich verabfolgt werden.

— Wie ein Tagesblatt mittheilt, hat sich der frühere Kasansche Professor der Chirurgie Dr. W. Kusmin in Moskau als praktischer Arzt niedergelassen.

— Ein Denkmal Pasteur's wurde am 27. September n. St. in Alais (Departement Gard) durch den Director des Pasteur-Instituts zu Paris, Duclaux, enthüllt.

— Die Zahl der Medicinstudirenden in der Helsingforser Universität beträgt in diesem Semester 187, bei einer Gesammtzahl von 2113 imatriculirten Studenten und Studentinnen. Von den 203 weiblichen Studierenden gehören nur 7 der medicinischen Facultät an.

— Der ausserordentliche Professor und Direktor der Ohrenklinik an der deutschen Universität in Prag, Dr. Zaufal, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden. Oesterreich hat somit jetzt drei Ordinarii für Ohrenheilkunde, da die beiden Wiener Otologen Politzer und J. Gruber schon vor einiger Zeit zu ordentlichen Professoren befördert wurden.

— In Berlin ist Dr. Eugen Sell, Professor der Chemie an der dortigen Universität und ordentliches Mitglied des deutschen Reichsgesundheitsamtes im Alter von 54 Jahren gestorben. Er gehörte seit der Gründung des Gesundheitsamtes demselben an und leitete speciell die chemischen Arbeiten auf dem Gebiete der Nahrungsmittelhygiene.

— Wie verlautet, beabsichtigt die Verwaltung der Stadt Berlin ein eigenes städtisches Gesundheitsamt zu gründen.

— Das St. Petersburger Institut für Experimental-Medicin macht bekannt, dass in demselben Diphtherieheilserum zu folgenden Preisen abgelassen wird: 1 Gläschen, enthaltend 1000 Immunität-Einheiten, für 1 Rubel, ein Gläschen mit 600 Immunit.-Einheiten zu 60 Kop. und mit 300 Immunit.-Einheiheiten zu 30 Kop.

— Die Stadtverwaltung von Libau hat, wie die «Lib. Ztg.» mittheilt, für die unentgeltliche Verabfolgung von Diphtherie-Heilserum an mittellose Kranke bereits im März dieses Jahres die vorläufige Summe von 100 Rbl. assignirt und dem Libauer Aerzteverein überwiesen. Libau ist somit eine der ersten Städte des Reiches, in denen der obige Zweck in der angegebenen Weise gefördert worden ist.

— Nach officiellen englischen Berichten sind in der Stadt Bombay Erkrankungen an der Pest vorgekommen, die jedoch einen gutartigen Charakter hatten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. October d. J. 7760 (376 mehr als in d. Vorw.), darunter 1033 Typhus — (10 mehr), 896 Syphilis — (45 mehr), 120 Scharlach — (3 mehr), 94 Diphtherie — (2 wen.), 10 Masern — (1 wen.) und 25 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. October 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
288	186	474	68	35	60	13	8	19	54	58	53	41	35	21	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 14, Diphtherie 18, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 18. Krankheiten des Verdauungscanals 35, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. October 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 21. October 1896.

Довв. ценз. Спб. 19 Октября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, (7. November) 26. October **1896**

Ueber die combinirte Untersuchung nach Thure Brandt-Dührssen.

Von

Dr. med. H. Adolphi.

(Vortrag, gehalten auf dem VIII. livländischen Aerztetage zu Wenden.)

M. H.! Zur gedeihlichen Ausübung einer gynäkologischen Behandlung ist die erste Bedingung unzweifelhaft die, einen möglichst genauen Palpationsbefund der Beckenorgane aufnehmen zu können. Daher eröffnete sich auch der Gynäkologie eine neue Aera, als vor 30 Jahren die combinirte Untersuchungsmethode in die Praxis eingeführt wurde. Welch ehrenvollen Antheil hierbei unser altes Dorpat in der Person des Herrn Prof. Holst genommen, ist Ihnen Allen bekannt.

Die zu untersuchende Frau nahm zunächst die einfache Rückenlage mit leicht gespreizten und ein wenig flectirten Schenkeln ein. Bald stellte es sich aber heraus, dass eine grössere Erschlaffung der Bauchmuskulatur wünschenswerth sei, es wurden Untersuchungsstühle und Beinhalter erfunden, die eine Steiss-Rückenlage ermöglichten, eine Lage, bei der die Oberschenkel der Frau (bei gleichzeitig flectirten Unterschenkeln) mehr oder minder gegen den Bauch angezogen gehalten werden. — Bei der Untersuchung auf der Couchette sitzt der Arzt an der Seite des Lagers und der Arm der touchirenden Hand befindet sich zwischen den Schenkeln der Frau; wird der Untersuchungsstuhl benutzt, so steht der Arzt zwischen den Schenkeln der Frau. In schwierigen Fällen wurde dann noch die Narkose hinzugezogen, um eine absolute Erschlaffung der Muskulatur herbeizuführen.

Diese drei Arten der combinirten Untersuchung sind es, die auch heute noch vorzugsweise geübt werden.

Allen dreien haftet aber eine gewisse Unzulänglichkeit an. Bei der ersten Methode ist, wie bereits angedeutet, die Erschlaffung der Muskulatur häufig eine durchaus ungenügende, so dass selbst dem geübten Untersucher die feineren Details über den Zustand der Beckenorgane unklar bleiben. Bei der Lagerung auf einen Untersuchungsstuhl tritt allerdings eine für die meisten Fälle genügende Erschlaffung ein, jedoch lässt die mangelhafte Excursionsfähigkeit der inneren Hand keine genauere Palpation der nichtgleichnamigen Seite zu, so dass man in vielen Fällen gezwungen ist, die linken Adnexe mit der linken, die rechten Adnexe mit der rechten Hand abzutasten. Dieser Wechsel der Hände ist natürlich recht lästig. Ferner wird auch der Arm der äusseren, auf die Bauchdecken gesetzten Hand durch die Schenkel der Frau an einer freien Entfaltung seiner Thätigkeit behindert. Vor Allem ist es aber die Decenz, die eine allgemeine Benutzung des Untersuchungsstuhles verbietet, auch bei ziemlich scrupellosem Publikum erfordert es einige Ueberredungskünste, um die Frauen an das Hinaufklettern auf dieses Schaffot zu gewöhnen.

Die Untersuchung in Narkose lässt durch maximale Erschlaffung der Muskulatur einen sehr genauen Palpationsbefund sämmtlicher Beckenorgane aufnehmen, und kann uns dadurch in geeigneten Fällen ganz unschätzbare Dienste leisten. Ueber ein höchst wichtiges Symptom lässt sie uns aber naturgemäss völlig im Dunkeln, über die Empfindlichkeit der einzelnen krankhaften Veränderungen kann sie uns keinerlei Aufschlüsse geben. Und gerade in der Gynäkologie giebt es eine ganze Reihe chronisch-pathologischer Veränderungen, die an sich gleichgültig, nur auf Grund ihrer subjectiven Beschwerden eine Behandlung erheischen. Haben wir nun mit verschiedenen pathologischen Veränderungen zu thun, so können wir bei einer Untersuchung in Narkose darüber im Unklaren bleiben, welche Veränderung speciell das Krankheitsgefühl veranlasst, und somit Gegenstand unserer Behandlung werden muss. — Dann verlangt auch die Narkose einen viel grösseren Aufwand an Zeit; in der Sprechstunde wird sich die Vornahme derselben von selbst verbieten, wir werden eine besondere Räumlichkeit verlangen müssen. Dies Alles, so wie die Hinzuziehung eines zweiten Arztes, und auch die Beschaffung des Narcoticum's vertheuert eine derartige Untersuchung

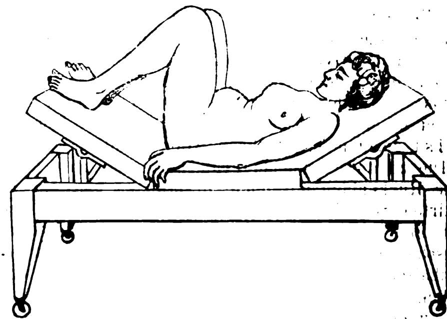
um ein bedeutendes. Ausserdem haftet der Narkose nicht nur eine Unannehmlichkeit für die Patientin, sondern auch eine gewisse, wenn auch minime, Gefährlichkeit an, so dass wir zur Vornahme derselben einer besonderen Zustimmung bedürfen, die auch nicht unter allen Umständen zu erlangen ist.

Wir werden daher mit Freude eine Untersuchungsmethode begrüssen, die geeignet ist, die Narkose einzuschränken. Die Untersuchung nach Thure Brandt mit einer von Dührssen angegebenen Modification ist nun dazu geeignet, in den allermeisten Fällen einen ebenso genauen Palpationsbefund erheben zu lassen, wie bei Anwendung der Narkose, und hat diese Untersuchungsart den grossen Vorzug, die gerügten Unvollkommenheiten und Unbequemlichkeiten der übrigen Methoden zu umgehen.

Das Wesentlichste bei der Untersuchung nach Thure Brandt ist das, dass die Patientin die Rückenlage mit stark angezogenen Oberschenkeln («krummhalbliegend») einnimmt und der touchirende Finger der linken Hand nicht, wie sonst üblich, zwischen den Schenkeln der Frau in die Vagina eingeführt wird, sondern unter dem linken Schenkel hindurch. Dadurch wird der Excursionsfähigkeit sowohl der inneren, als auch ganz besonders der äusseren, auf die Bauchdecken der Frau gesetzten Hand, der grösstmöglichste Spielraum gewährt. Thure Brandt benutzte zur Untersuchung eine kurze viereckige Couchette mit verstellbarem Kopfende. Er sass so an der linken unteren Ecke, dass diese letztere sich zwischen seinen gespreizten Knieen befand. Die Patientin lag hart an dem linken Rande der Couchette, mit ihrem Becken näher dem unteren Ende; ihre Füsse fanden dadurch, dass sie die Zehen unter den linken Oberschenkel des Untersuchers steckte, einen willkommenen Halt. Thure Brandt sass auf einem Stuhl, der 1—2 Zoll höher war, als die Couchette, und fand diese erhöhte Stellung bequemer, und dabei die Arbeit — die Massage — weniger ermüdend. Dührssen zieht einen Sessel, der sich in gleicher Höhe mit der Couchette (und zwar 50 cm. hoch) befindet, vor, und ich muss gestehen, dass mir der Sitz in gleicher Höhe mit der Couchette auch bequemer ist. Thure Brandt untersuchte immer nur mit einem Finger, dem Zeigefinger der linken Hand, und behauptete so höher hinauf zu reichen, als wenn er den Mittelfinger zu Hülfe nimmt, da diese 2 Finger die Scheide in die Breite ziehen und sie dadurch kürzer machen sollen. Aber wol mit Recht geben sämmtliche Gynäkologen, deren Ansicht ich über diesen Punkt kenne, der Untersuchung mit 2 Fingern den Vorzug, sofern nur die Weite der Scheide und vor Allem die des Scheideneingangs die Einführung zweier Finger gestattet. Thure Brandt war bekanntlich ein sehr langer und kräftig gebauter Mann, die Länge seiner Finger war dem entsprechend eine so respectable, wie man sie nur selten antrifft, und die Dicke seines Zeigefingers war gewiss nicht geringer, als z. B. die meines Zeige- und Mittelfingers zusammengenommen. Daher mag wol Thure Brandt für seine Person in gewissem Sinne Recht gehabt haben. Einen grossen Vortheil bei der Untersuchung mit 2 Fingern hat er aber merkwürdiger Weise nie einsehen wollen, das ist der, dass man nur mit 2 Fingern stereometrisch tasten kann. Dann finde ich aber auch, dass die Excursionsfähigkeit der inneren Hand bei Einführung zweier Finger grösser wird, die Supination der Hand wird eine ergiebigere, wenn diese Bewegung nur durch den 4-ten und 5-ten Finger eingeschränkt wird, und nicht auch der Mittelfinger ausserhalb der Scheide liegen bleibt. Von hoher Bedeutung ist dieses Moment bei der immer schwieriger zu untersuchenden rechten Seite. Können wir die innere, linke Hand stärker supiniren, so werden auch die Organe der rechten Seite der Tastfläche der Fingerspitzen in genügendem Masse zugänglich, so dass wir den Wechsel der Hände, wie beim Untersuchungsstuhle, nicht nöthig haben. Thure Brandt untersuchte ferner stets mit «offener Hand» d. h. während der Zeigefinger in der Vagina, der Daumen in der Schenkelfalte lag, wurden die übrigen Finger nicht in die Hand geschlagen, sondern ruhten fast gerade ausgestreckt auf der Kreuzbeingegend. Dadurch wird der, von manchen Frauen, (besonders bei längerer Massage) lästig empfundene Druck der Knöchel gegen Damm und Analöffnung vermieden. Links hinten kann man auch mit «offener Hand» ergiebiger untersuchen, als wenn man die Finger in die Hand schlägt. Ferner ist bei sehr fettreichen Nates diese Methode entschieden bequemer. Die Untersuchung mit «offener Hand» kann also geeigneten Falls ganz nützlich sein, und zwar auch wenn man Zeige- und Mittelfinger in die Scheide einführt.

Ziegenspeck liess am Fussende der Couchette eine kleine verstellbare Rücklehne anbringen, «welche dem Ellenbogen des Arztes, wie auch den Füssen der Kranken eine Stütze gewährt. Die Bauchdecken der Kranken werden dadurch noch besser erschlafft, namentlich wenn dieselbe die Wirbelsäule glatt auf das Lager auflegt und bie Gesässgegend möglichst nach vorn bringt». (Sammlung klin. Vortr. von R. v. Volkmann, № 353/54 vom 30 Jan. 1890. Ziegenspeck: Ueber Thure Brandt's Verfahren etc. pag. 13).

Denselben Gedanken hat Dührssen (ob ganz selbstständig, oder durch Ziegenspeck darauf gebracht, weiss ich nicht) in höchst glücklicher Weise weiter ausgeführt. Er theilte die Oberfläche seiner 50 cm. hohen, 60 cm. breiten und nur 150 cm. langen Couchette in 3 gleiche Theile von je 50 cm. Länge. Das Mittelstück liegt fest auf, das Kopfende aber sowohl, als auch das Fussende lassen sich verstellen.



Die Untersuchung auf dieser Dührssen'schen Couchette gestaltet sich folgendermassen. Nachdem Patientin das Corset entfernt, und sämmtliche Kleidungsstücke in der Taille gelockert hat, lagert sie sich möglichst nahe dem linken Rande der Couchette[1]). Der Arzt sitzt an der linken Seite, vis-à-vis der Patientin. Das Kreuz der Frau kommt auf das Mittelstück zu liegen, der Oberkörper und der Kopf stützen sich auf das aufsteigende Kopfende, die Füsse gegen das aufsteigende Fussende. Unter den Kopf allein kann noch ein kleines Kissen, das das Kinn der Brust nähert, untergeschoben

[1]) In der Zeichnung ist dieses wichtige Moment leider nicht genügend zum Ausdruck gekommen.

werden. Die Arme liegen vollständig schlaff parallel dem Körper auf der Unterlage. Die Athmung sei eine gleichmässige und ruhige, bei leicht geöffnetem Munde. Das Kleid braucht in keiner Weise zurückgeschlagen zu werden, bedeckt vielmehr die Beine der Patientin bis an die Fussspitzen. Die rechte Hand des Arztes legt sich womöglich unter dem Hemd, aber ohne dabei den Leib entblössen zu müssen, auf die Bauchdecken der Frau. Die Stellung ist also die denkbar decenteste. Der resp. die touchirenden, mit Vaselin wol eingefetteten Finger der linken Hand dringen unter dem linken Schenkel der Frau hindurch, in die Vagina ein. Zweckmässig ist es mit der äusseren, rechten Hand nicht gleich fest in die Tiefe des Beckens zu dringen, sondern, wie Thure Brandt es angegeben hat, erst allmälig unter leichten Cirkelbewegungen, die die Därme bei Seite schieben und die Auslösung einer etwaigen reflectorischen Contraction der Bauchmuskeln verhindern.

Sollte durch diese vorzügliche Lagerung doch noch keine genügende Erschlaffung der Muskulatur erreicht worden sein, so ziehe man sich nach Dührssen's Angabe die Patientin noch mehr nach abwärts, so dass das Kreuz auf das aufsteigende Fussende zu liegen kommt. Hierdurch wird eine maximale Annäherung der Symphyse an den Thorax und mithin auch eine maximale Erschlaffung der Musculi recti, deren Contraction vorzugsweise die feine Palpation verhindert, erzielt. — Der Unterarm der inneren Hand des Arztes ruht auf der schiefen Ebene des Fussendes, dadurch wird eine Ermüdung der Armmuskulatur, welche das feine Tastgefühl der touchirenden Finger beeinträchtigt, vermieden.

Schliesslich will ich nicht unterlassen, auch darauf hinzuweisen, dass der Patientin diese Lagerung durchaus bequem ist. Die Untersuchung unter dem Schenkel hindurch ist ihr bedeutend angenehmer, als wenn sie die Beine spreizen muss und der ganze Arm des Arztes sich zwischen ihre Schenkel lagert.

Ich übe die Untersuchung nach Thure Brandt bereits seit 4—5 Jahren, die Dührssen'sche Couchette habe ich im vorigen Jahre beim Autor selbst kennen und würdigen gelernt; ich kann diese Methode allen Collegen, insbesondere gerade den Nicht-Gynäkologen, da diese erst recht mit Schwierigkeiten bei der Untersuchung zu kämpfen haben dürften, auf das allerangelegentlichste empfehlen.

Ist man gezwungen, in der Wohnung der Patientin, also ohne Lagerung auf diese Couchette eine Untersuchung vorzunehmen, so erleichtert ein Verfahren, das ich von Thure Brandt habe anwenden sehen, im Nothfalle sehr die Palpation. Sind die Musculi Recti nicht genügend erschlafft, so drücke man mit der linken Schulter die Kniee der Patientin möglichst hoch hinauf zur Brust zu, auch lasse man den Rumpf eine Bogenstellung einnehmen, so zwar, dass die Schulter und Hüfte der zu untersuchenden Seite sich nähern. Durch diese beiden Kunstgriffe wird eine weitere Erschlaffung des betreffenden Musculus Rectus bewirkt. —

Ist eine Besichtigung der äusseren Geschlechtstheile und eine Specularuntersuchung nothwendig, so lasse ich das Fussende der Couchette herunter. Meine Couchette steht auf Rollen, ausserdem habe ich am Fussende an den Holzrahmen Klammern und Schrauben anbringen lassen zur Aufnahme von Beinhaltern, die bei kleinen intrauterinen Eingriffen zur Anwendung kommen. Hierbei sei aber der vom Arzt benutzte Sessel zweckmässig reichlich 10 cm. niedriger als die Couchette.

Ueber den Einfluss subcutaner Injectionen von Spermin und Moschus auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes bei gesunden und kranken Menschen.

Von

G. Epifanow.

(Aus der akademischen therapeutischen Klinik des Akademikers L. W. Popoff).

Unter den Arzneimitteln, die seit lange den Ruf zuverlässiger Tonica geniessen, giebt es einige, deren Bedeutung wiederholt auf Grund pharmacologischer Untersuchungen bestritten wurde. Aber diese Mittel erhalten sich hartnäckig in der klinischen Praxis, obgleich ihre Anwendung nicht genügend wissenschaftlich begründet ist.

Zu diesen Mitteln gehören unter anderen einige Substanzen, die aus den Geschlechtsdrüsen von Thieren gewonnen werden: Moschus und Biebergeil. In der neuesten Zeit ist diese Gruppe von Arzeneimitteln durch noch einen Repräsentanten bereichert worden — das Spermin. Das Spermin hat schon einen sicheren experimentellen klinischen Boden, aber seine Bedeutung ist noch lange nicht allgemein anerkannt und nicht genügend erforscht.

Diese Arbeit ist ein Versuch, eine Seite der Wirkung von zweien dieser Substanzen, dem Moschus und Spermin, die nach ihrer Herkunft aus den Geschlechtsdrüsen und nach ihrer therapeutischen Anwendung ähnlich sind, aufzuklären. Ich stellte mir zur Aufgabe den Einfluss dieser Mittel auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes zu erforschen, besonders ihren Einfluss auf die Veränderungen der Quantität der weissen Blutkörperchen.

Dieser Einfluss des Moschus und Spermin auf den menschlichen Organismus ist besonders interessant aus folgenden Gründen. Gegenwärtig ist festgestellt, dass eine ganze Reihe von Arzeneimitteln wie z. B. Campher, Terpentin, Pilocarpin, Antipyrin und andere, ebenso verschiedene Eiweisskörper, Peptone, Albumosen, Bacterienproteine, ins Blut eingeführt auf die Zahl der rothen Blutkörperchen keinen Einfluss haben, dagegen eine bedeutende Veränderung der Quantität der weissen Blutkörperchen bewirken — anfangs eine Herabsetzung ihrer Zahl, darnach eine mehr oder weniger bedeutende Leukocytose

Andererseits hat die Untersuchung der Morphologie des Blutes bei verschiedenen Infectionskrankheiten gezeigt, dass bei einigen dieser Krankheiten die Leukocyten stark vermehrt sind (Pneumonie, Erysipel, Rückfallstyphus Eiterungsprocesse) bei anderen dagegen herabgesetzt (Abdominaltyphus, Septicämie.)

Für eine von diesen Krankheiten, die croupöse Pneumonie, die gewöhnlich mit am schärfsten ausgesprochener Leucocytose verläuft, ist in den letzten Jahren durch die Arbeiten von Hagen, Kikodse, N. Tschistowitsch und v. Jaksch festgestellt, dass sie zuweilen auch ohne Leukocytose verläuft und zwar namentlich in den schwersten Fällen mit tödtlichem Ausgang. Durch die Arbeiten von N. Tschistowitsch[1]) ist sichergestellt, dass die Leukocytose in den Fällen von Pneumonie fehlt, die durch die virulentesten Fränkel'schen Diplococcen hervorgerufen werden und dass das Fehlen der Leukocytose bei Pneumonie direct die Virulenz der Mikroben anzeigt.

Diese neuen Daten mussten zur Frage von der günstigen Bedeutung der Leukocytose bei Infectionskrankheiten, und zu Versuchen sie künstlich zu therapeutischen Zwecken hervorzurufen, führen (v. Jaksch, Pichler). Diese Versuche sind bisher nicht von Erfolg gekrönt ge-

[1]) Annales de l'institut Pasteur 1891 pag 450.

wesen. Aber man kann die Frage noch nicht als erledigt ansehen.

Dieneuesten bakteriologischen Untersuchungen (Metschnikow, Issajew u. a.) haben gezeigt, dass die Einführung verschiedener Substanzen in den Thierkörper, welche Immunität gegen bestimmte Infectionen verleihen, gewöhnlich von Leukocytose begleitet wird. Wie man auch auf diese Leukocytose sehen mag, vom Standpunkte der Phagocytose oder der Humoraltheorie, als auf das Material zur Bildung von Antitoxinen und Immunisirenden Substanzen — die Thatsache des Auftretens von Leukocytose unter allen diesen Bedingungen ist offenbar keine zufällige, sondern hat ihre Bedeutung; daher erscheint es bei der Untersuchung von Arzeneimitteln, deren Wirkung noch in vielen Beziehungen dunkel ist, als sehr wesentlich, sich auch mit dieser Seite ihrer Wirkung bekannt zu machen — mit ihrem Einfluss auf die Zahl der weissen Blutkörperchen, ihre Entwickelung, die Schnelligkeit mit der sie reifen u. s. w.

Bei meinen Untersuchungen hatte ich im Auge festzustellen, ob die untersuchten Substanzen im Stande sind eine typische Blutreaction hervorzurufen — eine anfängliche Herabsetzung der Zahl der Leukocyten mit darauffolgender Leukocytose bei gesunden Menschen und, im Falle eines positiven Resultates, die Wirkung des Moschus und Spermin zu untersuchen einerseits bei Krankheiten in denen das Blut arm an Leukocyten ist, indem es von den blutbildenden Organen ungenügend versorgt wird, und andererseits bei Krankheiten welche im Gegentheil eine verstärkte Zufuhr von Leukocyten aufweisen.

Als Repräsentanten der ersten Gruppe wählte ich den Abdominaltyphus, der zweiten Gruppe die croupöse Pneumonie.

Ich gebrauchte eine 2% sterilisirte Lösung von Sperminum Poehl in physiologischer Kochsalzlösung, jedem Kranken wurde 1 Ccm. unter die Haut gespritzt. Moschus brauchte ich in Gestalt der Tinctura Moschi und auch in der Quantität von 1 Ccm. subcutan.

Ueber die Wirkung des Moschus auf die Zahl der weissen und rothen Blutkörperchen haben wir in der Literatur garkeine Hinweise, hinsichtlich der Sperminwirkung finden wir Angaben in folgenden Arbeiten.

Dr. Richter[2]) untersuchte in der Klinik von Prof. Senator in Berlin den Zusammenhang zwischen der Ausscheidung der Harnsäure und der Intensität des Zerfalls der Leukocyten im Blut. Unter anderem erzeugte er künstlich durch Einspritzen verschiedener Substanzen eine Vermehrung und Herabsetzung der Zahl der Leukocyten und untersuchte die dabei erfolgende Ausscheidung der Harnsäure. Der Zweck dieser Untersuchung war der Versuch, ein Gesetz der Harnsäurebildung und Harnsäureausscheidung zu finden; für uns hat sie ein specielles Interesse, da der Autor Ziffern anführt, die auf eine Veränderung der Zahl der Leukocyten unter dem Einfluss von Sperrnininjectionen hinweisen. In drei Beobachtungen injicirte er wiederholt Sperminum Poehl. Im ersten Fall — einer lienalen Leukämie — wurde fast nach jeder Injection die Zahl der Leukocyten herabgesetzt, am Tage nach der Injection stieg die Zahl der Leukocyten, erreichte aber nicht ihre frühere Höhe, darnach verminderte sie sich wieder. Und so geschah es nach jeder Injection.

Die zweite Beobachtung betraf einen Fall von schwerer Anämie. Der Kranke bekam 3 Mal täglich 15 Tropfen Essentia spermini Poehl, hier vergrösserte sich die Zahl der Leukocyten. Beobachtung 3 — Lebersyphilis mit secundärer Anämie; bedeutende Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. Nach Sperrnininjectionen verminderte sich in einem Fall die Zahl der Leukocyten, in zwei Fällen stieg sie bedeutend.

Später beschäftigten Loevy und Paul Richter[3]) sich mit dem Einfluss des Fiebers und der Leukocytose auf den Verlauf von Infectionskrankheiten und spritzten zur Erzeugung der Leukocytose Thieren Pilocarpin und andere Substanzen, darunter auch Sperminum Poehl ein. Um eine schnelle Sperminwirkung zu erzeugen führten sie es den Thieren in die Venen ein und liessen eine Injection von Pneumococcen folgen. Thiere mit vorher durch dieses oder jenes Mittel erzeugter Leukocytose, die dann durch wiederholte Einspritzungen unterhalten wurde, überstanden die Infection mit absolut tödtlichen Mengen von Culturen des Fränkel'schen Pneumococcus. Ein schwächerer Effect wurde erzielt wenn man die Leukocytose erzeugenden Substanzen 24 Stunden und später nach der Pneumococceninfection anwandte; dann gelang es das Leben des Thieres zu verlängern, nicht aber es von der Infection zu heilen.

Unsere Beobachtungen über die Wirkung des Spermins und Moschus sind folgende. Das Blut wurde aus dem Ohrläppchen entnommen und der Hämoglobingehalt mit dem Fleischl'schen Apparat bestimmt. Die rothen Blutkörperchen wurden in 10 grossen Quadraten der Zählkammer gezählt, wobei das Blut 200 Mal mit einer 3% Kochsalzlösung verdünnt wurde. (Thoma). Die weissen Blutkörperchen wurden in zwei Tropfen auf je 28 Gesichtsfeldern gezählt; das Blut wurde 20 Mal mit 1/3% Essigsäure verdünnt. Die trockenen Blutpräparate wurden nach der Methode von Jegorofsky mit der dreifachen Ehrlich'schen Mischung gefärbt. Die Untersuchung des Spermins und Moschus geschah zuerst bei Gesunden, dann bei Typhus- und Pneumoniekranken.

Die Untersuchung des Einflusses des Spermins auf die Morphologie des Blutes beim gesunden Menschen geschah folgendermassen: Am Tage vor der Einspritzung wurde wenn möglich zwei Mal, am Morgen und nach zwölf Uhr Mittags das Blut untersucht, ebenso am folgenden Tage Morgens vor der Einspritzung. Nach der Injection wurde die Zahl der Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt nach 30 Minuten, nach 3 Stunden, zuweilen noch einmal im Laufe desselben Tages, zwischen 5 und 7 Uhr Abends, und am folgenden Tage bestimmt. Auf diese Weise gelang es, zur Vermeidung der Blutveränderungen, die mit der Verdauung zusammenhängen, vor dem Mittagessen noch zwei Blutbestimmungen nach der Sperrnininjection zu machen. Ebenso wurden die Wirkungen des Moschus bei Gesunden untersucht nur dass die Untersuchungszeiten etwas andere waren. Im Ganzen wurden 10 gesunde Menschen untersucht.

Bei Typhuskranken wurden die Sperrnininjectionen wie bei Gesunden gemacht, mit dem Unterschied, dass jeder Kranke 2 Injectionen bekam: Eine beim Eintritt des Kranken in die Klinik, die zweite am Ende der Krankheit. Meist bekamen die Kranken an den Beobachtungstagen keine andere Arzeneien; in den Fällen wo das nicht möglich war, bekam der Kranke dieselben Mittel wie am Tage vorher bei der vorläufigen Blutuntersuchung. Bei den Versuchen mit Moschus an Typhuskranken wurde das Blut je 2 Mal untersucht: 1) vor der Injection und 2) verschieden lange nach der Injection. Im Ganzen wurden diese Beobachtungen an 23 Kranken gemacht. Sperrnininjectionen bekamen 5 Kranke.

Die Beobachtungen mit Sperrnininjectionen bei croupöser Pneumonie geschahen etwas anders; bei der Nähe der Krisis und der Unmöglichkeit den Kranken lange ohne Arzeneien zu lassen wurden die Blutbestimmungen je 3 Mal gemacht: 1) vor der Injection, 2) nach 30 Minuten und 3) nach 3 bis 4 Stunden. Es wurden 5 Kranke untersucht.

Die Beobachtungen mit Moschus bei croupöser Pneumonie wurden nur insofern anders angestellt als die

[2]) Ztschr. für. klin. Medicin Band 27 Heft 3 u. 4.

[3]) Deutsche med. Wochenschr. 1895, № 5.

erste Blutuntersuchung 5—7 Minuten, die zweite 3—5 Stunden nach der Injection gemacht wurde. Es wurden 7 Kranke untersucht.

Meine Resultate sind folgende[4]):

1) Die Injection von Spermin und Moschus hat weder bei Gesunden noch bei Typhus- und Pneumoniekranken einen Einfluss auf den Hämoglobingehalt.

2) Die Zahl der rothen Blutkörperchen wird bei Gesunden sowie bei Typhus- und Pneumoniekranken durch Spermin und Moschusinjectionen nicht bemerkbar beeinflusst.

3) Die Zahl der weissen Blutkörperchen wird bei Gesunden nach Injectionen von Spermin oder Moschus zuerst vermindert, dann vermehrt; die Vermehrung ist am stärksten 3—5 Stunden nach der Injection.

4) Die Vermehrung und Verminderung der weissen Blutkörperchen geschieht hauptsächlich auf Kosten der mehrkernigen neutrophilen; die anderen Arten betheiligen sich an diesen Schwankungen nur wenig.

5) Die Injection von Moschus setzte bei schweren Typhusfällen, welche tödtlich endeten, die ohnehin geringe Zahl der Leukocyten noch mehr herab.

6) Die Injection von Spermin und Moschus gab im floriden Stadium des Abdominaltyphus keine deutliche Aenderung der weissen Blutkörperchen oder einzelner ihrer Abarten.

7) In den späten Perioden des Typhus setzen die Spermin- und Moschusinjectionen Veränderungen in der Zahl der Leukocyten, die sich den bei Gesunden beobachteten nähern.

8) Bei croupöser Pneumonie bewirken Spermin- und Moschusinjectionen einige Tage oder einen Tag vor der Krisis eine viel geringere Blutreaction als bei Gesunden; zuweilen ändern sie die Leukocytenzahl garnicht.

9) Spermin- und Moschusinjectionen kurz vor der Krisis bei croupöser Pneumonie ergaben fast immer eine Verminderung der Gesammtzahl der Leukocyten infolge des Sinkens der Zahl der neutrophilen.

Wie aus Obigem ersichtlich sind Moschus und Spermin ziemlich zuverlässige Erreger von Leukocytose bei gesunden Menschen. Auf der Höhe des Typhus war der Einfluss dieser Mittel auf die Zahl der weissen Blutkörperchen verschwindend und setzte sogar häufig die ohnehin unbedeutende Leukocytenzahl noch weiter herab. Folglich gab uns der Typhus dieselben Resultate, die N. Tschistowitsch bei schwerer Pneumococceninfection an Thieren erhielt: Bei schwerer Typhusinfection sind unsere Mittel unfähig Leukocytose zu erzeugen. Ebenso gering ist ihre Wirkung dort, wo die Leukocytose ohnehin stark ist. Durch unsere Versuche wird aber die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass man bei grösseren Dosen oder wiederholter Anwendung dieser Mittel positive Resultate erhalten könnte.

Zum Schluss möchte ich die Aufmerksamkeit auf folgendes interessante Factum, das deutlich bei unseren Versuchen an Pneumonikern hervortrat, lenken Die Injection unserer Mittel vor der Krisis setzte die Zahl der Leukocyten herab, was nicht beobachtet wurde wenn die Injection in einer früheren Periode gemacht wurde. Wie bekannt geht die Temperaturkrisis bei der Pneumonie meist Hand in Hand mit der Blutkrisis, d. h. mit der Verminderung der Leukocytenzahl. Es erweist sich also dass die Blutkrisis durch unsere Mittel scheinbar beschleunigt wird, sie dienen gleichsam als Anstoss zum Auftreten dieser Erscheinung.

[4]) Die genaue Mittheilung der Zahlen und Krankengeschichten befindet sich in meiner Dissertation «О вліяніи подкожныхъ вспрыскиваній спермина и мускуса на морфологическій составъ крови у здоровыхъ и больныхъ людей». Ст. Петербургъ 1896.

Referate.

Prof. F. Klaussner: Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 37).

Seit 3 Jahren litt die 21-jährige Patientin an sich häufig wiederholenden Schmerzen in der Magengegend und an Erbrechen. Bei einer in Narkose vorgenommenen Untersuchung wurde eine der Schmerzhaftigkeit entsprechende flache, handtellerbreite, derbere Masse constatirt, die nach oben vom Schwertfortsatz und linken Rippenbogen begrenzt wird. Zwecks Entfernung dieses Tumors wurde nun die Laparotomie ausgeführt. Bei Loslösung des festen fibrösen Gewebes zwischen Bauchwand und vorderer Magenwand wurde letztere zufällig eröffnet und dann die Wunde vorläufig tamponirt. Wenige Tage später gelang es Autor die vordere Magenwand, die mit der Bauchwand ungefähr in Thalergrösse verlöthet war, frei zu legen und den narbig veränderten Theil der Magenwand zu excidiren. Die Magenwunde wurde durch Lembert'sche Nähte geschlossen und die Bauchwunde vernäht. Patientin erholte sich rasch, die Wunde verheilte per primam und die Schmerzen waren vollkommen geschwunden. Autor macht mit Recht darauf aufmerksam, dass sich während der Operation, Schwierigkeiten ergeben können, die nur mühsam, vielleicht auch gar nicht zu überwinden sind. Nichts desto weniger wird die Operation zu versuchen sein, da ja die unerträglichen Schmerzen, an denen die Patienten in Folge der Verwachsungen und der dadurch bedingten Zerrung bei den Bewegungen des Magens leiden, nur durch eine solche behoben werden können.

Weyert.

Dr. Edw. Ehlers. Aetiologische Studien über Lepra. Berlin. 1896. Karger. (Sonderabdruck a. d. dermatolog. Zeitschrift. B. III.)

Nach kurzer Wiedergabe der Litteraturangaben über die Ausbreitung der Lepra in den verschiedenen Gegenden Europas giebt Verf. an der Hand des von ihm auf seinen Reisen nach Island gesammelten Materials eine Beschreibung der dortigen Verhältnisse der Leprösen, deren es nach der officiellen Zählung von 1879 — 47 giebt (Ehlers jedoch hat bereits 158 constatirt).

Ehlers schliesst mit folgenden Sätzen:

1) die autochthone Lepra existirt überhaupt nicht,

2) dass der Aussatz in Frankreich noch existirt, ist aussätzigen Patienten zuzuschreiben, d. h. neue Patienten bringen ihn wieder mit,

3) Versicherungen, dass ein Patient nie mit Leprösen zusammengekommen, verdienen kein Vertrauen,

4) der Aussatz ist eine ansteckende Krankheit, bei welcher die Vererbung durchaus keine Rolle spielt.

Vorzügliche zahlreiche Phototypen machen die Broschüre Ehler's besonders werthvoll und empfehlen wir sie gern allen praktischen Aerzten.

O. Petersen.

Prof. M. Kassowitz, Wirkt das Diphtherieheilserum beim Menschen immunisirend? (Wiener Med. Wochenschrift 1896, Nr. 21—23).

Auf Grund kritischer Besprechung der in der medicinischen Literatur vorhandenen Beobachtungen kommt Kassowitz zu folgenden Schlüssen: 1. Weder das Ueberstehen einer schweren Diphtherie, noch die Application einer grossen Menge von «Immunisirungseinheiten» zum Zwecke der Heilung derselben ist im Stande, beim Menschen eine Unempfänglichkeit gegen die diphtheritische Infection zu erzeugen. 2. Nach grösseren oder kleineren Immunisirungsdosen sind die Erkrankungen an Diphtherie gerade so häufig wie ohne dieselben. 3. Die Erkrankung der «immunisirten» Individuen kann zu jeder Zeit, sowohl nach wenigen Tagen, als auch nach Wochen und Monaten erfolgen. 4. Die diphtheritische Erkrankung der angeblich Immunisirten ist sehr häufig eine schwere und hat in vielen Fällen trotz neuerlicher Anwendung grösserer Serummengen zum Tode geführt. 5. Es muss also der Versuch, den Menschen auf künstlichem Wege gegen die Diphtheriekrankheit immun zu machen, wenigstens vorläufig als gescheitert angesehen werden. Der völlige Misserfolg der immunisirenden Seruminjectionen hat aber noch eine andere, weit über die Immunisirungsfrage hinausreichende Bedeutung. Denn nach Behrings eigener Aussage beruht der Heilungswerth seines Serums ausschliesslich auf seinem Immunisirungswerth; und wenn nun die Beobachtung in unzweideutiger Weise ergeben hat, dass dieser Immunisirungswerth für den Menschen gleich Null ist, so lässt sich leicht berechnen, wie gross der Heilungswerth sein wird, den man beim Menschen von diesem Mittel zu erwarten hat.

B.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Klein, Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin 1896. S. Karger.

Bei der eminent practischen Wichtigkeit der Gonorrhoe der Frau müssen wir dem Verf. dankbar sein für die zeitgemässe Darstellung dieser gynäkologischen Affection. Sind auch die zahlreichen Arbeiten über dieses Thema dem Specialisten bekannt, so ist doch eine Zusammenfassung der modernen Untersuchungsresultate für den practischen Arzt sehr von Nutzen. Mit scharfen Strichen zeichnet Verfasser, der die Materie offenbar gut beherrscht, das so verschiedengestaltige Krankheitsbild der Gonorrhoe des Weibes. An der Darstellung wie auch den Anschauungen des Verf. kann kaum etwas ausgesetzt werden. Durchaus richtig ist die, nicht allgemein angenommene, Anschauung des Verf. von der Naturheilung der acuten Gonorrhoe. Bei der Behandlung letzterer ist die Befolgung allgemeiner diätetischer Vorschriften von ausschlaggebender Wichtigkeit. Bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe werden Lösungen von Argentamin empfohlen und zwar für die Urethra in der Stärke von 1:250, für den Cervicalcanal von 1:100. Bei der Therapie der Tubenaffectionen wird dem conservativen Verhalten mit Recht das Wort geredet. Als Indicationen für die operative Behandlung werden folgende Bedingungen angesehn: 1) wenn Lebensgefahr eintritt, 2) wenn die Erwerbsfähigkeit in Frage gestellt ist 3) wenn nach monatelanger Dauer trotz der conservativen Behandlungsmethoden keine hinreichende Besserung erzielt wird. Nach Meinung des Ref. hat der erste Punct nur theoretische Bedeutung. Grade im acutesten Stadium bei allgemein peritonitischen Erscheinungen bringt ein operativer Eingriff keine Rettung, eher schon das conservative Verhalten. Laparotomien in der erwähnten Krankheitsperiode geben eine sehr schlechte Prognose. Der Incision von Pyosalpinxsäcken von der Vagina her möchte Ref. auf Grund persönlicher Erfahrungen eine grössere Wichtigkeit beimessen, als dies Verf. thut. In der Mehrzahl der Fälle tritt völlige Genesung ein und bleibt es leider häufig zu bedauern, dass die Eitersäcke in vielen Fällen von der Vagina aus anatomisch nicht zugänglich sind. Ref. erlaubt sich hiermit das kurzbesprochene Büchlein dem Practiker angelegentlich zu empfehlen. W. Beckmann.

Dr. F. Grimm (Berlin). Die Behandlung der Syphilis nach den gegenwärtig üblichen Methoden. Mit einem Vorwort von Geheim. Med.-Rath Prof. Dr. G. Lewin Berlin. 1896. S. Karger. 103 Seiten. Preis 3.60 Mark.

Obgleich Verf. in seinem Vorwort besonders hervorhebt, die Methoden in objectiver Weise beurtheilen zu wollen, finden wir in diesem Büchlein leider gerade das Gegentheil. Verf. erweist sich als ein lebhafter Anhänger des so verdienstvollen bekannten Professors Lewin, dem er durch die subjective und durchaus nicht berechtigte Verurtheilung aller anderen Methoden einen rechten Bärendienst geleistet hat. Lewin's Methode, die Injection kleiner Dosen Sublimat ist seinerzeit so überall anerkannt worden, dass sie keiner Empfehlung eines in der Speciallitteratur nicht bekannten Autors bedurfte, auf dessen «eigene» Beobachtungen, auf welche er sich beruft, die jedoch noch nicht ausführlich veröffentlicht, wir recht gespannt sind.

Die Vernichtung der bereits in aller Herren Länder anerkannten und geübten Methode der Behandlung mit Injectionen von Hydrarg. salicylicum durch die Phrase, «es sei ein Missgriff, der in der modernen Therapie seines Gleichen sucht», scheint uns doch zum Wenigsten ein Missgriff des Verf. zu sein. Zur Charakterisirung der Darlegung genügt die Angabe, dass er es nicht einmal für nöthig hält, die Arbeiten der Neisser'schen Schule, welcher wir gerade die Ausarbeitung der Behandlungsmethode mit Hg. Salicylic. verdanken, zu erwähnen.

Das Gesagte genügt wohl, um die Collegen auf den Werth dieses Buches aufmerksam zu machen. O. Petersen.

A. Dührssen. Der vaginale Kaiserschnitt. Berlin 1896. Verlag von Karger.

Verf. entband eine Pat., bei welcher der Uterus früher vaginofixirt war, nach einer neuen Methode, welche er den vaginalen Kaiserschnitt nennt. Die Operation wurde noch vor Beginn der Wehen ausgeführt, weil vorausgesehen wurde, dass wegen der Vaginofixation der Muttermund sich mangelhaft erweitern und durch die Wehenthätigkeit eine abnorme Configuration des Uterus (partielle Aussackungen und Stricturen) entstehen würde, welche die Entwickelung des abnorm grossen Kindes unmöglich gemacht hätte. Die Methode besteht in sagittaler Spaltung des vorderen und hinteren Scheidengewölbes mit nachfolgender Ablösung der Blase und des peritonealen Ueberzuges vorn und hinten vom Uterus. Es folgt die sagittale Spaltung der vorderen und hinteren Cervixwand, welche successive vorgenommen wird nach vorausgeschickter Umstechung der durchschnittenen Uteruswand wegen der ziemlich reichlichen Blutung. Diese schrittweise Durchtrennung der Uteruswand erfolgt in einer Länge von 8 cm. Darnach erfolgt die Entbindung durch Wendung und Extraction, wonach der Uterus tamponirt und die geschaffenen Wunden nach Abnahme der Umstechungsnähte vernäht werden. Die Operation ist eine Anwendung der in der Gynäkologie erworbenen Erfahrungen mit der vaginalen Köliotomie auf die Geburtshilfe. Sie soll ungefährlich sein und die Möglichkeit geben, eine Frau zu jeder Zeit der Schwangerschaft und Geburt zu entbinden. Als Indicationen zur Operation werden besprochen das Cervixcarcinom, Myome des Cervix und unteren Uterinsegments, die Rigidität des Cervix, Stenosen des Cervix, sackförmige Erweiterungen des unteren Gebärmutterabschnittes und lebensgefährliche Zustände der Mutter, welche durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden. Wie man sieht, ist die Indicationsgrenze der neuen Operation recht weit gezogen. Wenn wir auch dem Erfinder des vaginalen Kaiserschnittes nicht überallhin folgen können, so muss doch sein Bestreben, die Zahl unserer entbindenden Operationen zu vermehren anerkannt werden. Für's erste wird wohl die neue Operation häufig zu umgehen sein, dieselbe muss aber als Bereicherung unseres therapeutischen Könnens angesehen werden. In gewissen Ausnahmefällen dürfte der vaginale Kaiserschnitt immerhin angewandt werden. Wie sein Namensvetter der classische Kaiserschnitt wird der Dührssen'sche Kaiserschnitt als ultraradicales Vorgehen nur selten ausgeführt werden. Der praktische Geburtshelfer muss denselben als Methode kennen, um in geeigneten Fällen einen chirurgisch-gynäkologisch geschulten Collegen rechtzeitig zur Hülfe rufen zu können. Das geistreich geschriebene Büchelchen sei allen Geburtshülfe übenden Collegen zur Kenntnissnahme empfohlen.

W. Beckmann.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1895. Ein Jahrbuch für practische Aerzte. VII Jahrgang. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Vor kurzer Zeit befand sich in unserer Wochenschrift eine Mittheilung über das Erscheinen des VI. Jahrganges des Pollatschek'schen Werkes. Es liegt nun bereits auch der siebente vor, enthaltend die therapeutischen Leistungen des Jahres 1895. Genügend bekannt und gewürdigt worden sind die Vorzüge dieses Werkes, welches uns jährlich zusammenfassende Berichte bringt über die neuesten therapeutischen Fortschritte auf sämmtlichen Gebieten der Medicin, der grosse Fleiss den solch' eine Arbeit erfordert, welche nicht nur die vaterländische Literatur sondern auch die auswärtige in seinen Rahmen fasst. Dieses zu beleuchten würde es genügen nur hinzuweisen auf das Capitel über die Diphtherie im VII. Jahrgang. Die epochemachende Serumtherapie hat freilich im Jahre 1895 auf diesem Gebiete die verbreitetsten Beobachtungen zu Tage gefördert, wie auf keinem anderen Gebiete ein anderes Mittel; es war eine brennende Tagesfrage, welche allgemeines Interesse beanspruchte. So nimmt besagtes Capitel auch ganze 18 Seiten des Pollatschek'schen Buches ein. Wie kein anderes ist dieses Buch dazu geeignet dem vielbeschäftigten Practiker die Möglichkeit zu geben, sich über den augenblicklichen Stand der Wissenschaft zu orientiren. Aus dem Gesagten ist es ersichtlich, dass dieses Buch gar keiner besonderen Empfehlung noch bedarf. Hecker.

Prof. Dr. Hermann Eichhorst. (Zürich). Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. Vierte umgearbeitete Auflage. Berlin, Verlag von Friedrich Wreden. 1896.

Während sich Verf. in den ersten drei Auflagen seines vortrefflichen und weitverbreiteten Werkes damit begnügte, nur die physikalischen Untersuchungsmethoden in den Kreis der Besprechung hineinzuziehen, hat er sich in der uns vorliegenden vierten Auflage die Aufgabe gestellt, alle solche klinische Untersuchungsmethoden zur Darstellung zu bringen, welche für die Erkennung der inneren Krankheiten von Wichtigkeit sind. Der Inhalt derselben ist dadurch ein viel umfangreicherer geworden. In dankenswerther Weise ist Verf. überall bestrebt gewesen, neben den früheren erprobten Untersuchungsmethoden, auch die neuesten diagnostischen Fortschritte zu berücksichtigen. Es würde uns zu weit führen, wollten wir ausführlicher auf die Besprechung des gediegenen Werkes eingehen. Die ausserordentliche Fülle des Stoffes, die, trotz der grossen Gründlichkeit, leichtfassliche Darstellung desselben, die zahlreichen, das Verständniss des Textes erleichternden, Abbildungen gestalten das Werk zu einem der werthvollsten auf dem betreffenden Gebiete. Wir wünschen deshalb der neuen Auflage denselben Erfolg, wie ihn die drei ersten hatten, in der Ueberzeugung, dass das Lehrbuch eine noch weitere Verbreitung unter den Aerzten und Studierenden finden wird. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Vermischtes.

— Am 15. October begann Dr. L. Berthenson seine Vorlesungen über «erste Hilfeleistung in Unglücksfällen und bei plötzlichen Erkrankungen bis zur Ankunft des Arztes» im hiesigen Berginstitut. Diese Vorlesungen, die seit dem vorigen Jahr in den Unterrichtsplan der Bergschulen Russlands aufgenommen sind, sollen von nun an auch am Berginstitut regelmässig gehalten werden und ist zum Docenten für dieselben Dr. Berthenson ernannt worden.

— Der Estländische Gouvernements-Medicinalinspector, Staatsrath Dr. Cornelius Sprenshin ist auf denselben Posten nach Tambow versetzt und an seine Stelle ist der Gehülfe des Tambowschen Medicinalinspectors, Colleg.-Rath Dr. Michael Ssaweljew zum Estländischen Medicinalinspector ernannt worden.

— Der Professor der Staatsarzneikunde Dr. S. Bubnow in Jurjew (Dorpat) ist bereits nach Moskau übergesiedelt, um den bisher von Prof. Dr. Erisman bekleideten Lehrstuhl der Hygiene an der Moskauer Universität zu übernehmen.

— Zum ersten Secretär des XIII internationalen medicinischen Congresses in Moskau ist der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Woldemar Roth gewählt worden.

— Der Privatdocent der Charkowschen Universität und Stadtarzt von Charkow, Dr. Emanuel Bellin, ist zum Professor der gerichtlichen Medicin an der Warschauer Universität ernannt worden.

— Der bekannte Patholog Dr. Edwin Klebs, früher Professor der pathologischen Anatomie in Zürich, welcher im vorigen Jahre nach Amerika übersiedelte, hat seine Lehrthätigkeit in Chicago wieder aufgenommen, wohin er als Professor der Pathologie an das Rush medical College berufen worden ist.

— Die Cherson'sche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat dem langjährigen Oberarzt ihrer Wohlthätigkeitsanstalten, Dr. M. Popper, der nach fast 25 jährigem Dienste vor kurzem seinen Abschied genommen hat, eine Pension im betrage von 800 Rbl. jährlich ausgesetzt.

— In Moskau ist eine Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung ins Leben getreten, welche am 5. September ihre erste Sitzung abgehalten hat. In dieser Sitzung wurden Dr. K. Jnojew (Gehülfe des Directors des Golizyn-Hospitals) zum Präsidenten, Dr. N. Galaktionow zum Vicepräsidenten und Dr. Sslowikowski und Dr. Lanin zu Secretairen der Verwaltung gewählt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 2 R. jährlich.

— Verstorben: 1) Am 7. October in Moskau der dortige Polizeiarzt J. N. Astrow im 59. Lebensjahre. 2) Am 6. October in Belgien Dr. Anton Gorski, langjähriger Ordinator am Odessaer Stadtkrankenhause, im Alter von 68 Jahren. Die ärztliche Praxis hat der Hingeschiedene fast 40 Jahre ausgeübt. 3) In Wien der Privatdocent der med. Chemie Dr. philos. et med. Dr. Richard Kerry in 34. Lebensjahre. 4) In Nancy der emeritirte Professor der Therapie an der dortigen Universität, Dr. Léon Coze, im Alter von 77 Jahren. Vor dem deutsch-franz. Kriege war C. Professor der Pharmacie in Strassburg, wanderte aber nach dem Kriege aus.

— Wie die «Nowosti» erfahren, ist bereits die Erlaubniss zur Abhaltung der X. Versammlung russischer Naturforscher u. Arzte in Kiew vom 20. bis 30. August 1897 ertheilt worden. Es wird somit diese Versammlung in Kiew wenige Tage nach dem internationalen med. Congress in Moskau, der bekanntlich vom 7—14. August 1897 stattfindet, tagen.

— Am 22. October erfolgte in Moskau die Einweihung und Eröffnung der neuerbauten Klinik für Hals- Ohren- und Nasenkrankheiten, welche die erbliche Ehrenbürgerin Julie Basanow erbaut und der Moskauer Universität geschenkt hat. Die Klinik ist auf einem der Frau Basanow gehörigen Grundstück des Jungfernfeldes errichtet und vollständig von ihr ausgestattet worden. Ausserdem hat dieselbe noch ein Kapital von 515,000 Rbl. zum Unterhalt von 25 Betten und des Personals der Klinik gespendet. In Anlass der Einweihung dieser Klinik geruhte S. Majestät der Kaiser der Ehrenbürgerin Basanow zu danken und als besondere Kaiserliche Gnade das Porträt Seiner Kaiserlichen Majestät mit Höchsteigenhändiger Unterschrift zu verleihen.

— Die officiellen Nachrichten über das Personal der Universität Jurjew (Dorpat), welche in letzter Zeit nur ein Mal im Jahre erscheinen, sind soeben ausgegeben worden. Wie wir der «N. D. Ztg.» entnehmen, beträgt nach diesen officiellen Angaben die Gesammtzahl der Studirenden — mit Ausnahme der Pharmaceuten, welche bekanntlich nicht mehr zu den Studirenden gerechnet werden — gegenwärtig 932. Sie betrug im vorigen Jahre zum 1. October noch 1064, was eine Differenz von 132 ausmacht. Berücksichtigt man dabei die in diesem Jahre zum ersten Male erfolgte Aufnahme ohne Reifezeugniss von Zöglingen der geistlichen Seminare, deren Ziffer sich auf einige 40 beläuft und die früher für die Zahl der freien Zuhörer in Betracht gekommen wären, so beträgt die Zahl der Studirenden gegenwärtig nur etwa 890.

Was die Vertheilung der Studirenden nach den Facultäten betrifft, so weist nur die juristische Facultät gegen das vorige Jahr eine geringe Zunahme auf, indem die Zahl der Studirenden der Jurisprudenz von 95 auf 115 gestiegen ist. (Im Jahre 1885 zählte die juristische Facultät 284 Studirende). — In den übrigen Facultäten ist die Frequenz im Vergleich zum verflossenen Jahre zurückgegangen, und zwar hat den grössten absoluten Rückgang die medicinische Facultät zu verzeichnen, welche fast 100 Studirende weniger zählt, als im vergangenen Jahre.

Die grösste Frequenz hatte die Universität im II. Semester 1890, wo sich die Zahl der Studirenden — mit Ausschluss der Pharmaceuten — auf 1664 belief. Gegenwärtig ist diese Zahl auf 932, also um 732 oder 44% gesunken. Die Medicinische Facultät zählte i. J. 1890 — ohne die Pharmaceuten — 884 Studierende. In den ersten 3 Jahren nach 1890 zeigten die Ziffern innerhalb dieser Facultät verhältnissmässig geringe Differenzen, um sich dann in den letzten drei Jahren um fast 300 zu verringern, sodass sie gegenwärtig 527 beträgt (im Vorjahre noch 622). In demselben Zeitraum (in den letzten 6 Jahren) ist die Zahl der Zuhörer in der historisch-philologischen Facultät von 102 auf 33, in der physiko-mathematischen von 234 auf 162 (69%), in der juristischen von 284 auf 115 und in der theologischen Facultät von 284 auf 185 gesunken. Die Zahl der Pharmaceuten beträgt gegenwärtig 293 (gegen 237 im Vorjahre), von denen 101 d. i. 34% mosaischer Confession sind. Unter den Studirenden gehören 188 (gegen 242 im vorigen Jahre) dem mosaischen Bekenntnisse an, was etwa 20% der Gesammtzahl der Studirenden ausmacht.

— Wie wir seiner Zeit mittheilten, waren von der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit Vorbereitungen für eine würdige Gestaltung einer Jennerfeier zum Andenken an das 100 jährige Jubiläum der Pockenimpfung am 2./14. Mai d. J. getroffen worden, jedoch musste diese Feier wegen der damals nahe bevorstehenden Krönung auf den Herbst verschoben werden. Dieselbe soll nun am 24. November definitiv stattfinden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. October d. J. 7544 (216 wen. als in d. Vorw.), darunter 1075 Typhus — (42 mehr), 860 Syphilis — (36 wen.), 112 Scharlach — (8 wen.), 90 Diphtherie — (4 wen.), 14 Masern — (4 mehr) und 26 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. October 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
271	185	456	93	30	63	9	17	16	47	49	37	35	40	16	4	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 10, Diphtherie 20, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 31, Todtgeborene 26.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 29. October 1896.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1896.

Довв. ценз. Спб. 26 Октября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 2. (14.) November **1896**

Bemerkungen über die Behandlung unruhiger Geisteskranker ausserhalb der Irrenanstalt.

Von

Dr. A. Behr (Riga).

(Vortrag gehalten auf dem VIII. Livl. Aerztetage).

Jeder Arzt, den die Verhältnisse zwingen unruhige Geisteskranke ausserhalb des Gewahrsames der Anstalt zu behandeln, wird empfinden, dass die Lehrbücher diese Frage zu wenig berücksichtigen. Der Hörer lernt in der Klinik, es käme beim Studium der Psychiatrie wesentlich auf 2 Punkte an, einmal eine Geistesstörung in ihrem Entstehen zu deuten um den Kranken rechtzeitig in eine Anstalt unterzubringen, zweitens einen gegebenen Fall in Betreff seiner socialen und forensischen Bedeutung richtig zu beurtheilen. Die Frage der häuslichen Behandlung Geisteskranker wird nur nebenhin berührt. Es besteht, wie es scheint, die stillschweigende Voraussetzung als wäre der prakt. Arzt doch nicht im Stande aufgeregte Geisteskranke zu Hause zu behandeln, es wäre für seine Zwecke ausreichend, wenn er mit den Hauptprincipien der Behandlung Geisteskranker in der Anstalt bekannt sei. In Wirklichkeit liegt jedoch die Sache durchaus anders. Die praktische Psychiatrie stellt an den praktizirenden Arzt nicht geringere Ansprüche als die praktische Medicin.

Es besteht kein Zweifel, dass die Zahl der Geisteskranken in den Anstalten zunimmt. Die Irrenanstalten aller Länder sind derart überfüllt, dass dieselben kaum mehr dem vorhandenen Bedürfniss genügen. Die Communen sind in einem solchen Maasse mit Ausgaben belastet, dass sie die Verpflegungskosten für ihre unbemittelten Geisteskranken unmöglich mehr aufbringen können. Es müssen daher viele Geisteskranke in ihren Familien zu Hause bleiben und der Arzt wird um seine Hilfe angegangen. Andere Kranke finden wieder aus äusseren Gründen keine Aufnahme in die Irrenanstalt z. B. nicht Hingehörigkeit zum Ort, oder es lassen sich die Mittel für eine Anstaltsbehandlung nicht augenblicklich beschaffen. Sie müssen zu Hause behandelt werden und sind auf die Unterstützung der prakt. Aerzte angewiesen. Ferner entwickeln sich viele acute Geisteskrankheiten im Verlaufe körperlicher Krankheiten, im Verlaufe von Herz- und Nierenkrankheiten, nach Augenoperationen, im Gefolge der Infectionskrankheiten u. s. w. Diese verbleiben ohnehin der Domaine des prakt. Arztes und werden in den Krankenhäusern oder zu Hause behandelt. Alsdann giebt es überall eine grosse Zahl von Menschen, die zu jedem Opfer bereit sind um ihre geisteskranken Angehörigen zu Hause zu behalten und wieder an den Arzt das Ansinnen stellen dieselben zu behandeln. Die Scheu vor der Irrenanstalt, die Schande geisteskrank zu sein, die Furcht im Umgange mit anderen Geisteskranken die Herrschaft über seine Vernunft völlig einzubüssen sind, trotz aller Aufklärung und Belehrung, allgemein verbreitete Vorurtheile. Endlich muss unumwunden zugestanden werden, dass die geschlossene Anstalt auf einzelne Kranke ungünstig einwirkt. Der Gedanke, der Freiheit beraubt zu sein, beherrscht diese Kranken so vollständig, dass sie gegen jeden ärztlichen Eingriff protestiren, während dieselben Kranken ausserhalb des strengen Gewahrsames der Anstalt besser gedeihen und eine ärztliche Behandlung suchen, die sie in der Anstalt verabscheuen.

In den grossen Städten, in grösseren Verhältnissen kann der Arzt die Behandlung von unruhigen Kranken stets von sich abweisen. Was soll aber der Arzt fern von der Stadt und der Anstalt auf dem Lande thun! Es ist doch unmöglich seinen Rath vorzuenthalten oder gar sein Unvermögen einzugestehen, denn die Verhältnisse erfordern ein thatkräftiges und energisches Eingreifen. Versagt der Arzt trotzdem, wie es leider häufig genug der Fall, aus vorgefassten Gründen seine Unterstützung, weil er es für unmöglich hält den Kranken ausserhalb der Irrenanstalt zu beruhigen, so sind die Angehörigen gezwungen sich an Curpfuscher, an wunderthätige Männer zu wenden, oder sie versuchen ihre Geisteskranken mit Zwangsmassregeln selbst zu beruhigen, indem sie dieselben züchtigen, anketten oder einsperren.

Es ist auffallend, dass die Aerzte so selten an die Möglichkeit denken einen aufgeregten Geisteskranken auf gütlichem Wege, ohne Gewaltmittel (Isoliren etc.) zu beruhigen, da man doch täglich beobachtet, wie in scheinbar verzweifelten Fällen der Zuspruch einer Vertrauensperson z. B. des Geistlichen, den Tobenden besänftigt, ihm vernünftige Sätze abringt und eine Cur ermöglicht. Solche Beispiele erklären es, dass in einzelnen Gegenden gewisse Personen, besonders geistlichen Standes, im Rufe stehen Geisteskranke durch ihr Gebet zu heilen. Die Stellung des Geistlichen zu einem Geisteskranken, und die Stellung des Arztes sind grundverschieden. Während der Geistliche nie daran verzweifelt durch Güte und seelischen Trost den Kranken zu beruhigen, weil er tief überzeugt ist von dem Einfluss des Seelischen auf das Körperliche, so lähmt eine gewisse mechanistische Weltauffassung unser Handeln und verdammt uns zur Unthätigkeit. Diese Thatsache sollte doch in den Kreisen der Aerzte mehr überdacht werden. Die Heilbestrebungen der Laien werden vom grossen Publicum immer nach einzelnen günstigen Erfolgen bemessen, während der Arzt um an einen Ausspruch Billroth's zu erinnern, nach dem Misserfolge, den seine Behandlung aufweist beurtheilt wird. Je häufiger daher die Aerzte unruhige Geisteskranke von der Behandlung abweisen, je mehr immer nur auf die Specialanstalten und die Specialisten als allein seligmachende hingewiesen wird, um so mehr muss sich in den Kreisen der Laien der Glaube festsetzen, der Arzt sei doch nicht der rechte Mann Gemüthskranke zu behandeln, das sei vielmehr die Aufgabe des Geistlichen, dessen Beruf und Leben Liebesdiensten geweiht sei.

So oft in den Kreisen der Aerzte die Frage der Irrenfürsorge berührt worden, wurde der Ruf nach zu erbauenden Anstalten laut. Ich erinnere an den I. Livl. Aerztetag und die Vorschläge von Dehio[1]) und Merklin[2]). Wie nun die Verhältnisse thatsächlich liegen, da Anstalten und Asyle doch nicht erbaut werden, so müssen wir mit dem Dogma brechen unruhige Geisteskranke wären nur in einer geschlossenen Anstalt erfolgreich zu behandeln. Wir müssen unruhige Geisteskranke, wenn es noth thut, zu Hause behandeln. Diese Worte dürfen nicht so aufgefasst werden, als wäre das Bauen von Anstalten unnütz und könnte durch die häusliche Behandlung ersetzt werden. Eine derartige Anschauung liegt mir fern. Ich will nur schildern wie der prakt. Arzt sich der Frage der häuslichen Behandlung unruhiger Geisteskranker gegenüber zu verhalten habe, und welche Maassnahmen er im gegebenen Falle anwenden müsse.

Der Begriff der Unruhe, der Erregung wird in dieser Arbeit ganz allgemein gebraucht, ohne Rücksicht ob die Erregung einem ängstlichen Gemüthszustande äntspringt oder nicht.

Als Haupthinderniss Geisteskranke zu Hause zu behandeln galt der Umstand dieselben zweckmässig zu isoliren. Da der Arzt keine Möglichkeit hatte das Isoliren gründlich durchzuführen, sei es dass Thür und Fenster den Angriffen des Kranken nicht Stand hielten, oder dass die Wächter von dem Kranken überwältigt wurden, so verzichtete man von vornherein auf einen Erfolg. Man glaubte einen aufgeregten Geisteskranken am leichtesten in der Anstalt zu beruhigen, weil in den Räumen derselben das Isoliren möglich war. Wie hemmend derartige Anschauungen das ärztliche Handeln beeinflussten, wie der Bau der Anstalten unter solchen Vorurtheilen litt, kann man sich kaum vorstellen. Die Mauern waren nie zu dick, die Thüren nie zu fest, man war erfinderisch in der Herstellung von Tobzellen. Das hat sich alles gründlich verändert. Jeder Kranke, der aufgeregt wird, gehört, um es gleich zu sagen, ins Bett.

Wir wissen aus der experimentellen Psychologie, dass körperliche Anstrengungen zu einer Schädigung der geistigen Leistungsfähigkeit führen[3]). Je länger ein Kranker umherirrt, tobt und seine Glieder wirft, um so grössere körperliche Arbeit leistet er und dementsprechend muss die geistige Leistungsfähigkeit abnehmen. Die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit äussert sich in der Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu concentriren, die äusseren Eindrücke auseinanderzuhalten und die Intentionen des Arztes zu begreifen. Weiter wissen wir, dass die körperliche Arbeit das Gehirn derart beeinflusst, dass eine Steigerung der motorischen Erregbarkeit eintritt. Ein Geisteskranker, welcher sich wälzt und dreht, der beständig die Hände, den Rumpf und die Füsse bewegt, der schreit und seine Athemmuskeln anstrengt leistet körperliche Arbeit, die nicht gering geschätzt werden darf. Wenn schon die normale körperliche Arbeit die motorische Erregbarkeit des Gehirnes steigert, um wie vieles lebhafter muss da die Unruhe werden, die durch ein Uebermass von körperlicher Arbeit erzeugt wird, wie sie ein aufgeregter Geisteskranker bietet.

Daher bringe man den Kranken zu Bett und setze einen Pfleger daneben. Ist die Unruhe so gross, dass es einer Person nicht gelingt durch Zuspruch und gelinden Widerstand den Kranken im Bette zu erhalten, so setze man einen zweiten hinzu. Beide Pfleger sollen ihren Platz auf dem Bett des Kranken einnehmen, der eine auf der einen Seite mehr zu Häupten des Kranken, der andere auf der anderen Seite um die Bewegungen der Füsse zu überwachen. Reichen zwei Personen nicht aus den Kranken zu beruhigen, so setze man einen dritten Pfleger hinzu, welcher den Kopf des Kranken beaufsichtigt, während die beiden anderen den Körper beobachten. Will der Kranke aufspringen, so wehre man ihm und drücke resp. schiebe ihn mit sanften Handbewegungen ins Bett zurück. Gelingt es auch in dieser Weise nicht die Ruhe herbeizuführen, so halte man den Kranken am ganzen Körper oder lege sich selbst resp. beordere den Pfleger ins Bett zum Kranken, umschlinge denselben, rede mit freundlichen Worten auf ihn ein, streiche Stirn und Glieder bis die ersehnte Ruhe eintritt. Die horizontale Lage hemmt die ungestümen Bewegungen der Glieder, regelt den Blutkreislauf, schützt den Kranken vor Abmagerung und Schwäche und erzeugt das Gefühl man behandele ihn als Kranken, nicht als Rasenden. Der aufgeregteste Geisteskranke, von den Epileptikern sehe ich ab, empfindet die Wohlthat der Bettruhe. Der Widerstand und die Unruhe sind mehr der Ausdruck der inneren Erregung als eines ernsten Widerstrebens. Trotz der Unruhe, trotz der Schlaflosigkeit hat ein Kranker, wenn er auch aufgeregt ist, ein Krankheitsgefühl und ein Krankheitsbewustsein. Man muss so viel als möglich, den Kranken in diesen Empfindungen bestärken und dieselben als Heilfactoren ausnutzen. Wird der Kranke sich selbst überlassen oder isolirt so wächst sein Widerstand. Die Erregung steigert sich im Verhältniss zur körperlichen Unruhe. Die Vorstellung gemassregelt zu sein überwuchert das vorhandene Krankheitsgefühl so vollständig, dass sich die Heilung verzögert oder als unmöglich erweist. Die Bettbehandlung kann in einem

[1]) Baltisch. Monatschrift 1890, Bnd. 37. p. 84 flgnd. «Livland bedarf noch zweier Anstalten, einer für den lettischen, einer für den estnischen Theil, jede für die definitive Aufnahme von 500 Kranken berechnet» . . . «man muss Mittel und Wege zu finden suchen um den frisch Erkrankten Hilfe zu bringen, damit diese nicht der unheilbaren Verblödung anheimfallen und als Last für ihre Umgebung ihr Dasein in traurigen Verhältnissen dahinschleppen».

[2]) Ueber temporäre Asyle für Geisteskranke. Balt. Monatschr. 1890 p. 97 flgnd.

[3]) cf. Psycholog. Arbeiten v. E. Kraepelin Bnd. I., H. 1, S. Bettmann: die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch körperliche u. geistige Arbeit.

jeden Hause überall durchgeführt werden. Das Bett kann in einer Scheune stehen, oder wenn es die Jahreszeit erlaubt unter freiem Himmel.

Es ist nicht zu leugnen, die Bettbehandlung aufgeregter Geisteskranker erfordert in ihrem Anfange Liebe zur Sache, Sorgfalt und Geduld. Andererseits muss aber jeder, der Geisteskranke behandelt, bekennen, dass auf diesem Wege die Ruhe schnell und sicher eintritt. «Die wichtigste Maassnahme, welche die Aerzte im Beginne einer Geistesstörung zu ergreifen haben» sagt Neisser[4]) «muss die Anordnung dauernder Bettruhe sein, eine Maassnahme, welche bei energischem Wollen sich auch zunächst in der Familie durchführen lässt und durch welche dem Kranken der grösste Nutzen erwächst und man die Umgebung schützt».

Eine unerlässliche Bedingung für die Behandlung aufgeregter Geisteskranker, während der Dauer der Erregung, ist die Anwesenheit des Arztes, oder einer zuverlässigen Person, die mit den Hauptprincipien der Behandlung solcher Kranker vertraut ist.

Der Arzt muss den Aufregungszustand eines Kranken überwachen wie eine Geburt. (Sommer.) Diese Forderung hat für den Landarzt etwas überaus Schwieriges. In städtischen Verhältnissen kann der Arzt dieselbe erfüllen, auf dem Lande ist aber mit dieser Art der Behandlung ein solcher Zeitaufenthalt verbunden, dass der Arzt auf die Behandlung verzichten wird, um seinen sonstigen Pflichten zu genügen. Nur die Organisation eines Pflegepersonals könnte diesem Uebelstande abhelfen, wovon noch weiter die Rede sein soll.

Wenn davon gesprochen wurde, zwei oder gar drei Personen ans Bett des Kranken zu setzen, so hatte man die allerschwersten und seltensten Fälle im Auge. Für gewöhnlich wird es einem Pfleger resp. einer Pflegerin gelingen den Kranken zu beruhigen. Man bedenke, dass alle, die von einer Aufregung befallen werden, in ihrer Ernährung leiden und körperlich verfallen. Der Kraftaufwand, den diese Geisteskranken entfalten, ist daher ein geringer. So lange die Kranken in dem Zubettliegen einen befremdenden, unheimlichen Vorgang sehen, widerstreben sie mit Ungestüm, sobald sie aber in ihrem Innern die Wohlthat der Ruhe empfinden, gestaltet sich die Pflege verhältnissmässig leicht. Im Beginne der Behandlung springen die Kranken unaufhörlich aus ihren Betten. Da heisst es nicht erlahmen, sondern immer wieder ermahnen, sie ins Bett zurückdrängen, bis das Herausspringen aufhört.

Die Bettbehandlung gestattet die Kranken sauber und menschenwürdig zu verpflegen. Wer zu Bett liegt, ist leichter zu säubern als wer umherläuft und tobt! Es empfiehlt sich aufgeregte Geisteskranke im Verlaufe des Tages mehrmals zu waschen, da die Schweissabsonderung während der Erregung gesteigert ist. Die Kranken gestatten die Säuberung mit Behagen, wenngleich unter gewissen Protesten. Das Waschen der Kranken verbinde man zweckmässig mit einem leichten Streichen des Körpers. Die Striche besänftigen das Gemüth, und fördern den Heilerfolg. Man achte weiter, dass die Kranken ihre Haare nicht mit Speichel, Urin, Koth, oder Menstrualblut besudeln, sondern bekämpfe durch peinlichste Sauberkeit vom Anbeginn der Behandlung derartige Neigungen. Das häufige Waschen und Kämmen lenkt den Kranken von seinen Gedanken ab, beschäftigt ihn in einer milden Form, benimmt dem Gesicht den wilden, zügellosen Ausdruck und erzeugt die Empfindung der Fürsorge. Wer sich der Zeiten entsinnt, wo die frisch Erkrankten mit Koth schmierten, umher tobten wie wilde Bestien, der wird erst den vollen Segen der Bettbehandlung begreifen. «Die Methode der Bettbehandlung sieht so einfach aus, hat so ganz und gar nichts Geniales und Imponirendes an sich und doch wird sie unsere gesammte Irrenpflege noch gründlicher umgestalten als wie dieses einst bei der Abschaffung der Zwangsjacke der Fall gewesen ist.» [5]) (Scholz).

Man stelle das Bett des Kranken mitten ins Zimmer. Der Zugang wird dadurch von allen Seiten bequemer und die Ueberwachung leichter. Der Kranke kann weder die Wände zerstören, noch die Hände mit Wandstaub beschmieren oder sich verletzen. Macht der Kranke wippende Bewegungen, so lagere man ihn auf die Diele und lasse den Pfleger sich's gleichfalls auf der Diele bequem machen. Sobald aber der Kranke sich beruhigt, lege man ihn ins Bett zurück. Ferner sorge man, dass das Krankenzimmer den Verhältnissen entsprechend ausgerüstet ist. «Je hübscher die Ausstattung, desto gesitteter beträgt sich der Kranke». (Scholz).

Die Stärke der Aufregung oder die Dauer derselben, darf den Arzt unter keinen Umständen beirren. Man höre nie auf diejenigen, die da meinen, der Kranke sei zu laut, er rase, er schlage, es wäre unmöglich denselben im Bett zu halten, sondern bestehe auf der Bettbehandlung.

Wenn es aber in der geschilderten Weise nicht gelingt den Kranken zu beruhigen, wenn die Bettbehandlung doch nicht ausreicht, so müssen gewisse Zwangsmassregeln angewandt werden. Die Anwendung von Zwangsmassregeln hat unter allen Umständen seine Bedenken. Einmal ist man nie sicher, dass das Wartepersonal oder die Angehörigen ohne zwingenden Grund, aus Bequemlichkeit hinter dem Rücken des Arztes, den Kranken massregeln, zweitens macht sich bei der Anwendung von Zwangsmitteln zu leicht ein Schematismus in der Behandlung geltend, da man das Individualisiren vergisst.

Als Zwangsmassregel erwähne ich zuerst das Einwickeln. Der Kranke wird in feuchte Tücher gehüllt und warm zugedeckt. Die Einpackung hemmt den Kranken in seinen Bewegungen und erleichtert die Pflege. In Ausnahmefällen darf man zusammen mit der Einpackung, die Kniee und Arme mit Laken umwickeln und dadurch den Kranken gewaltsam im Bett erhalten. Man betrachte aber diese Massnahmen als Nothbehelf, nicht als Curmittel! In anderen Fällen versuche man den Kranken während der Erregung zu halten. Die Erfahrung lehrt, dass einzelne Kranke das Halten durchaus nicht unangenehm empfinden, ja sogar darum bitten. Das Halten ersetzt bei diesen Kranken die Hemmungen, die im gesunden Zustande die Vorstellung der Bewegung und die Auslösung der Bewegung im Gleichgewicht erhalten. Sobald die Bewegungen ihren lebhaften Charakter verlieren, vermindere man den Widerstand und versuche ein Zeitlang den Kranken allein liegen zu lassen, bis dann nach und nach die vollständige Beruhigung eintritt. Kranken, deren Unruhe sich mehr in lautem Schimpfen, Lärmen und Ausstossen unflähtiger Worte äussert, schliesse man vorübergehend mit zwei Fingern den Mund und verhindere ihr Geschrei. In kurzer Zeit schwindet der Antrieb zum Schreien und der Kranke beruhigt sich. Alle Manipulationen dürfen bei Leibe nicht derbe ausgeführt werden, sondern möglichst schonend und zart. Der Kranke muss gerade die Empfindung des Widerstandes haben, nicht das Gefühl einer gewaltsamen Massregelung. In den Irrenanstalten werden sich derartige Massnahmen eher umgehen lassen, als im Privathause, wo tausend Rücksichten walten und Nachbarn etc. zu berücksichtigen sind. So lange das Bewusstsein des Kranken erhalten ist, so lange noch eine Spur von Verständniss besteht,

[4]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bnd. 50 p. 460 vrgl. auch Berlin. klin. Wochenschr. 1890 p. 863 flgnd.

[5]) Allg. Zeitschrift f. Psychiatr. Bnd. 50, p. 650 flgnd., ferner Fortschritte d. Irrenpflege 1894.

ermahne man denselben, während man ihn massregelt und versuche immer wieder auf seelischem Wege einen Einfluss zu gewinnen. Endlich erwähne ich die «chemischen Zwangsmittel», die Narcotica. Die vorschnelle Anwendung von Schlafmitteln ist bei der Behandlung von Aufregungszuständen durchaus zu verwerfen. In der Praxis besteht leider das Vorurtheil Aufregungszustände in ihrem Beginne immer mit narcotischen Mitteln zu behandeln, während doch jeder Arzt Fälle beobachtet, in welchen alle bekannten Schlafmittel im Stiche lassen, ja sogar die Erregung steigern. Wer Erregungszustände mit narcotischen Mitteln oder ohne dieselben behandelt, wird sich der Einsicht nicht verschliessen, dass die Aufregung in letzterem Fall milder verläuft und in kürzerer Zeit abklingt. Erinnern wir uns an die classischen Versuche Kraepelins[6]), dass die Schlafmittel, wie Aether, Alkohol, Paraldehyd, Chloralhydrat den Ablauf der seelischen Vorgänge in einer Weise beeinflussen, wie der Vorgang der Ermüdung, so wird das Gesagte verständlich. (Sensorische und intellectuelle Lähmung einerseits, und Steigerung der motorischen Erregbarkeit andererseits.) Daher ist es durchaus nicht gleichgiltig, ob man Schlafmittel anwendet oder nicht. Muss man annehmen, dass das Gehirn durch die Erkrankung an sich schon verändert ist, so wird doch nothwendigerweise der Ausgleich zur Besserung sich verzögern, wenn die Thätigkeit der seelischen Funktionen durch die Hirnmittel in einer Weise verändert wird, wie es die Ermüdung zu Wege bringt. Die Anwendung der Narcotica ist unter allen Umständen ein Eingriff, der überlegt sein will. Ist die Aufregung des Kranken so gross, dass seinem Leben Gefahr droht, ist es unmöglich einen Pfleger zu beschaffen, muss man die Umgebung schützen, handelt es sich um unheilbare Kranke, deren Intellect ohnehin zerstört ist, so sind Schlafmittel indicirt, in anderen Fällen contraindicirt. Die Aufgabe bei der Behandlung von Erregungszuständen besteht weniger darin, die Erregung zu unterdrücken, als vielmehr eine restitutio des Gehirns ad integrum zu erstreben.

Abgesehen von dem Werth oder Unwerth der Schlafmittel ist deren Anwendung in der freien Praxis mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Die Kranken streuben sich gegen ein Schlafmittel, weil sie fürchten vergiftet zu werden oder weil sie nicht schlafen wollen. «Sie werden mich nicht unterkriegen». Man muss Gewalt anwenden, ihnen den Mund aufreissen oder subcutane Einspritzungen vornehmen. Die Einspritzungen sind wiederum in ihren Wirkungen oft zweifelhaft, es können Missgriffe in der Dosirung vorkommen, der Widerstand der Kranken ist kaum zu besiegen — ich spreche immer vom Privathause mit seinen ungenügenden Hilfskräften — so dass man doch immer wieder auf gütliche Weise versuchen wird den Kranken zu beruhigen. Unter den Mitteln, deren Anwendung in Betracht gezogen werden könnte, stehen obenan die Opiate, ferner Chloralhydrat, Paraldehyd etc. Von den Stoffen, welche subcutan verwandt werden, erwähne ich das Hyoscin, das Düboisin und das Methylal. Das Methylal (Methylalkohol des Formaldehyd) beseitigt die Unruhe, ohne das Bewusstsein zu trüben und das Herz in irgend einer Weise zu beeinflussen. Man injicire von einer alkoholischen Lösung (1 : 10) etwa zweistündlich eine Spritze. Die Injectionen sind schmerzhaft und erzeugen das Gefühl des Brennens. In Deutschland wurde das Methylal von Kraft-Ebing zur Behandlung des delirium tremens empfohlen, es ist aber in den letzten Jahren durch die Hochfluth narcotischer Mittel in Vergessenheit gerathen. Betrachten wir die acuten Aufregungszustände in vielen Fällen analog dem delirium tremens als Intoxicationszustände — Autointoxicationen — so schien das Methylal ex analogia geschlossen des Versuches werth.

Nach diesen Bemerkungen über den Gebrauch der Zwangsmittel, besprechen wir die Beruhigungsmittel, wie dieselben während der Behandlung aufgeregter Geisteskranker Anwendung finden.

Bei congestiven Zuständen, mit schnellem Pulse und geröthetem Gesicht verwende man die Eisblase oder kalte Umschläge auf den Kopf und die Herzgegend. Der Puls bessert sich in Bälde und die Erregung schwindet. Mit der Anwendung der Kälte verbinde man zweckmässig eine Darreichung von Digitalis. Die Digitalis ist seit Alters her als Beruhigungsmittel berühmt, wenngleich in der psychiatrischen Praxis als veraltet zu wenig im Gebrauch. Als souveränes Beruhigungsmittel dienen warme Bäder, sei es in der Form von Sitzwannen, sei es als Vollbäder. Man halte die aufgeregten Kranken so lange als möglich, viele Stunden, selbst Tage hindurch, wenn es durchführbar ist, in der Wanne. Die Kranken tragen selbst Verlangen nach einem verlängerten Bade, wenn sie einmal die Wohlthat eines solchen empfunden haben. In Ermangelung einer Wanne kann man auch feuchte Tücher benutzen. Zu den Bädern thue man Kräuterzusätze, vor allem Chamomillen, Baldrianwurzel etc. Die Bäderbehandlung lässt sich auf dem Lande noch leichter durchführen, als in der Stadt, da «eine Waschbalge» — sit venia verbo — überall vorhanden sein dürfte. In einigen Fällen bewirkt die Befeuchtung der Stirn und des Gesichtes mit Pfeffermünztropfen durch die milde Verdunstungskälte und das leichte Hin- und Herstreichen der pflegenden Hand Schlaf, in anderen Fällen beruhigt die Ausspülung des gefüllten Darmes; berichtet doch Wagner sogar Heilungen acuter Geisteskrankheiten nach einigen Gaben Calomel! Ferner versäume man nicht Derivantien, Senfteige auf die Waden, den Nacken, Jodeinpinselungen, Blutegel etc. — Alle diese Vorschläge werden aber nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn Arzt und Pfleger mit Liebe, Entschlossenheit und ohne Pedanterie ihres Amtes walten. Eine Ermahnung, ein Appell an das Ehrgefühl, eine kleine Veränderung im régime, z. B. das Umlegen des Kranken aus einem Zimmer in ein anderes haben oft einen überraschenden Erfolg. Hat der Kranke die Ueberzeugung, dass man ihn liebevoll behandelt, ihn nicht gewaltsam zum Schlafen zwingt, so wird er sich in den meisten Fällen gutwillig fügen und die Verordnungen befolgen. Es sei bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, dem Kranken immer wieder indifferente Arzeneien anzubieten. So lange einmal die Menschen daran glauben, dass die Arzeneien directe Heilwirkungen entfalten, wird sowohl bei den Angehörigen als auch bei den Kranken das Zutrauen zum Arzt gestärkt, wenn er Arzeneien verabfolgt.

Ist die Aufregung geschwunden, so behandele man die Kranken nach allgemeinen medicinischen und hygienischen Grundsätzen und sorge für eine Diätetik des Leibes und der Seele.

Der praktische Arzt hat während der Bettbehandlung mit Schwierigkeiten zu kämpfen, die in der Irrenanstalt fortfallen oder wenigstens nicht so störend einwirken. Man hört täglich, die Bettbehandlung schwäche. «Wird es den Kranken nicht schwächen», fragen Eltern und Gatten mit Sorgen und entziehen aus vorgefassten Gründen den Kranken der Behandlung. Er muss «ins Grüne», «während des schönen Wetters kann man doch nicht liegen», er muss reisen, bis die Aufregung von Neuem beginnt und Zwangsmassregeln nothwendig werden. — Weiter eifern die Angehörigen gegen das «Festhalten». Es ist nicht zu leugnen, dass das Halten manche Kranke sehr beunruhigt. Der Tact muss den Arzt leiten, welchen Kranken gegenüber er dieses

[6]) Kraepelin: Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. 1892.

Zwangsmittel anwenden darf, welchen nicht! Kranke, mit ängstlichen Vorstellungen sehen in dem Arzt und dem Pfleger die «Bande», die sie zur «Schlachtbank führen» und gerathen in Aufregung, sobald sie nur dieselben erblicken. Es ist angezeigt diese Kranke in der Weise zu behandeln, dass man dieselben zu Bett bringt, sie aus einer gewissen Entfernung, etwa aus dem Nebenzimmer beobachtet, und nur dann eingreift, wenn sie das Bett verlassen. Das Halten würde sie ungemein beunruhigen und ihre Angst steigern, während eine Ueberwachung aus der Ferne vollständig genügt. Endlich erwachsen sehr grosse Schwierigkeiten aus dem Widerwillen des Kranken gegen das Bett, da die Angehörigen den Kranken in seiner Abneigung gegen die Behandlung unterstützen und dessen Wahnvorstellungen als Wahrheit deuten.

Soviel über die Behandlung unruhiger Geisteskranker im Allgemeinen, im Einzelnen sollen noch einige Punkte Berücksichtigung finden.

1. Die Nahrungsverweigerung. In den Kreisen der Aerzte gilt die Anschauung, die Nahrungsverweigerung müsse in der geschlossenen Anstalt behandelt werden. Soweit man an die Behandlung mit der Schlundsonde denkt, mag diese Forderung berechtigt sein, denn wie sollte wohl der prakt. Arzt die häufige Schlundsondenfütterung durchführen! Ist aber die Anwendung der Schlundsonde zur Bekämpfung der Nahrungsverweigerung in der That unumgänglich nothwendig? In der Irrenanstalt Allenberg[7]) wurde auf der Männerabtheilung in den letzten fünf Jahren in keinem einzigen Falle die Schlundsonde angewandt. Das weist doch darauf hin, dass unter Umständen der Gebrauch der Sonde sich einschränken lässt. Die Hauptsache ist hier wie überall bei der Behandlung Geisteskranker ein geschicktes Pflegepersonal und ein redlicher Wille. Die Nahrungsverweigerung hat ihre Ursache, einmal in Wahnideen, die Kranken fürchten vergiftet zu werden, oder aber sie sind nicht im Stande ihre Aufmerksamkeit soweit zu sammeln um zu essen, resp. gewisse innere Hemmungen zu überwinden, die sich der Nahrungsaufnahme in den Weg stellen. In den letzteren Fällen wird es der sorgsamen Pflege stets gelingen den Kranken durch Zureden oder durch Ablenken von seinem flüchtigen Gedankenspiel zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Bilden Wahnideen die Ursache der Nahrungsverweigerung so quäle man den Kranken nicht unnütz, sondern vertraue auf das natürliche Hungergefühl. Man gewinne ihn auf Umwegen durch kleine Listen, man überlasse ihn mit den Speisen sich selbst, man wechsele mit der Person, welche das Essen anbietet, u. s. w. Verfällt der Kranke, sinkt das Körpergewicht, so muss man energischer eingreifen. Man versuche durch die ärztliche Autorität die Nahrungsaufnahme zu erzwingen und wenn auch dieser Versuch fehl schlägt greife man als ultimum refugium zur Sonde. Nach der Sondenfütterung bemühe man sich immer wieder auf gütlichem Wege den Kranken zur Nahrungsaufnahme zu überreden, was denn auch oft genug gelingt. Wenn die Kranken schon beim Anblick der Speisen in grosse Erregung gerathen und die Vorstellung der Nahrungsaufnahme lebhafte Angstzustände auslöst, so lasse man sich durch die Anfälle nicht beirren, sondern öffne den Kranken den Mund und flösse ihnen Nahrung ein. Ist einmal der Widerstand der Zähne gehoben, so schluckt der Kranke von selbst. Dieses Verfahren ist nicht gewaltsamer als die Einführung der Sonde und führt den Kranken schneller dazu seine Angst zu überwinden und freiwillig die Nahrungsaufnahme zu vollziehen. Häufig beseitigt man die Nahrungsverweigerung durch hohe Kochsalzeingiessungen in den Darm. Nach denselben stellt sich ein lebhaftes Hunger- und Durstgefühl ein, welches den Kranken zur Nahrungsaufnahme anregt In den schwersten Fällen von Nahrungsverweigerung, in welchen die Kranken alles erbrechen und der Darm weder Nahrung noch Kochsalzlösung annimmt, helfen nur subcutane Kochsalzinfusionen, oder aber die Kranken verhungern[8])

Dem Wartepersonal ist bei der Pflege von Kranken, die die Nahrung verweigern ein breiter Spielraum geboten seine Geschicklichkeit zu beweisen. Unter einer tüchtigen Pflege wird sich die Nahrungsverweigerung selten einstellen, geschweige denn werden sich solche Monstra von abstinenten Geisteskranken entwickeln, die vordem in den Irrenanstalten Monate und Monate der künstlichen Fütterung bedurften Mit einem anstelligen Pflegepersonal darf man hoffen in Zukunft den Gebrauch der Sonde auf ein Minimum einzuschränken. «Wie die Beseitigung der Zwangsjacke diejenigen Geisteskranken, welche sie bändigen sollte nahezu hat verschwinden lassen, in fast gleicher Weise hat der Verzicht auf jenes der älteren Psychiatrie unentbehrliche Rüstzeug der Behandlung, die Schlundsonde, die Nahrungsverweigerung an Zahl wie Intensität beschränkt». (Ludwig Meyer)[9]).

2. Der Selbstmord. Wer Geisteskranke zu Hause behandelt, darf keinen Augenblick die Möglichkeit eines Selbstmordes aus dem Auge lassen. Man sorge vom ersten Beginne der Behandlung, dass die Kranken ihre Nahrung ohne Gabel und Messer zerkleinert erhalten und prüfe täglich das Bett und die Wände auf gefährliche Gegenstände. (Nägel, Scheeren etc.) Besondere Aufmerksamkeit verdienen solche Kranke, deren Unruhe einem traurigen oder ängstlichen Affecte entspringt. Diese dürfen unter keinen Umständen allein bleiben, da sie jederzeit, selbst noch in der Reconvalescenz sich nach dem Leben trachten. Die Gefahr des Selbstmordes spielt bei der Behandlung unruhiger Geisteskranker nicht die weitgehende Rolle, wie bei der Behandlung der Depressionszustände (Melancholie etc.). Je eher mit der Bettbehandlung begonnen wird, je früher dem Kranken eine Pflege zu Theil wird, um so weniger braucht man den Selbstmord zu fürchten und sich in seinem Handeln durch dieses Schreckgespenst beirren zu lassen. In den ärmsten Schichten der Bevölkerung, wo von einer Anstaltsbehandlung aus den früher erwähnten Gründen keine Rede sein kann, wo der Selbstmordgefahr ein unglaublicher Leichtsinn entgegengetragen wird, überzeugt man sich aber wie oft die blosse Anwesenheit eines Verwandten, oder eines Kindes(!) genügt, um den Kranken zu schützen und vor Selbstbeschädigung zu behüten.

3. Die Menstruation. In früheren Jahren galt die Anschauung die Amenorrhoe sei für eine acute Geisteskrankheit charakteristisch. Im Gegentheil gehören Unregelmässigkeiten in der Sexualsphäre zu den Seltenheiten. Steigert sich bei weiblichen Kranken die Aufregung ohne eine nachweisbare Ursache, so denke man an den Eintritt der Periode. Nimmt im Anfang der Erkrankung die Unruhe während der Periode ab, erscheinen die Kranken in ihrem Sprechen und Handeln geordneter und klarer, so lasse man sich dadurch nicht täuschen und erwarte nun keine sofortige Genesung. Mit dem Schwinden der Periode verlässt die Besonnenheit den Kranken und die Verwirrtheit erscheint auf's Neue.

4. Man versäume in keinem Falle eine somatische Untersuchung, da körperliche Zustände unter dem Bilde der Unruhe auftreten! (Nephritis, Diabetes) u. s. w.

5. Einige Worte über die Stellung der Angehörigen zu den Kranken. Man achte, dass der Kranke nicht mit thörichten Curmethoden oder unnützen Moralreden geplagt wird. Man überlege es sich vorher, ehe man an

[7]) Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1896 p. 291.

[8]) Ilberg, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bnd. 48, p. 620.
[9]) Therap. Monatshefte 1887 p. 165.

die Behandlung herantritt, dass eine Geisteskrankheit überaus häufig auf einem disponirten Boden zum Ausbruch kommt. Man erwarte daher a priori in solchen Familien abnorme Züge, Nervosität etc., die die Behandlung erschweren oder gar verleiden

Nach diesen Ausführungen wird wohl jeder einsehen, dass principiell dem nichts im Wege steht unruhige Geisteskranken mit Erfolg zu Hause zu behandeln[10]). In vielen Fällen ist die häusliche Behandlung nur eine Geldfrage, aber gerade in den Schichten der ärmeren Bevölkerung überzeugt man sich mit wie kleinen Mitteln man wirken kann, wenn man will und der Sache ein Interesse entgegenträgt. Man darf die Schwierigkeiten der häuslichen Behandlung unruhiger Geisteskranker nicht unterschätzen, aber man soll sie auch nicht überschätzen! Die Hauptschwierigkeit liegt in der Frage des Pflegepersonales. Wo in der Welt findet der Arzt ein Pflegepersonal, welches den Ansprüchen genügt, die als wünschenswerth bezeichnet werden. Ein Pflegepersonal sich selbst heranzubilden, dazu werden die meisten Aerzte weder die Zeit noch die Lust haben. Das Wartepersonal, welches aus unseren Anstalten stammt, ist mit verschiedenen Ausnahmen für die häusliche Behandlung unruhiger Geisteskranker ungeeignet. Diesen Leuten fehlt, einmal jede Initiative, da sie an eine zu grosse Bevormundung gewöhnt sind, zweitens treibt sie nicht der innere Drang zu diesem Beruf, sondern die Noth des Lebens! In vielen Fällen wird ja der Arzt die Angehörigen des Kranken zur Pflege heranziehen und anleiten, meistentheils aber, besonders bei einer nervösen Umgebung wird das Bedürfniss nach einem geschulten Wartepersonal sich als ein dringendes herausstellen. Man könnte in Anlehnung an Englische und Amerikanische Verhältnisse folgendes befürworten: Diejenigen Personen, welche nach ihrem Austritt aus der Irrenanstalt noch fernerhin diesem Berufe sich widmen wollen, müssen in der Anstalt einer Prüfung unterworfen werden. Wer die Prüfung besteht erhält ein Zeugniss, welches ihn zur häuslichen Pflege berechtigt. Der prakt. Arzt dürfte nur Pfleger oder Pflegerinnen anstellen, die im Besitze eines solchen Zeugnisses wären. Auf diesem Wege bestände die Garantie ein verständiges und anständiges Pflegepersonal zu gewinnen. Würden sich Personen besserer Stände freiwillig der Irrenpflege widmen, so wäre auch für die ärmeren Bevölkerungsgruppen die Möglichkeit geschaffen dieselben nach den Regeln der Heilkunde zu behandeln. Der geprüfte Wärter, welcher «leben will», wird sich nur ungern und ausnahmsweise dazu verstehen die Armen zu verpflegen, während der gebildete Mensch die Pflege aus Nächstenliebe übernehmen würde[11]). Es wäre auch für die städtischen Bedürfnisse denkbar, das «rothe Kreuz» dahin zu erweitern, dass die Schwestern desselben es erlernen sollten, unruhige Geisteskranke zu pflegen.

Auf dem Lande müsste die Landhebamme in der Irrenpflege bewandert sein. Es wäre nicht so schwierig den Unterricht derselben auf die Irrenfürsorge auszudehnen. Die Landhebamme könnte auch Männer pflegen, da in den einfacheren ländlichen Verhältnissen der Unterschied von Mann und Frau nicht so streng betont wird, wie in der Stadt. Der Einwand die Landhebamme würde durch eine derartige Erweiterung ihres Wirkungskreises ihrem ursprünglichen Berufe entzogen, ist nicht ganz stichhaltig. Einmal kommen ja geistige Erkrankungen auf dem Lande relativ selten vor, zweitens entwickeln sich Geisteskrankheiten häufig genug im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, wobei ja ohnehin die Hebamme zugegen ist, drittens ist die Thätigkeit einer Landhebamme nicht so ausgedehnt, dass sie nicht auch vorübergehend dem Arzte im Nothfalle bei der Behandlung unruhiger Geisteskranker zur Hand gehen könnte. Bis zur Ankunft des Arztes könnte die Landhebamme Alles vorbereiten, den Kranken zu Bett legen, die Umgebung zur Pflege heranziehen etc.

Wäre es etwa denkbar, unsere Landgemeinden für die Irrenpflege zu gewinnen, so könnten ja mehrere Gebiete gemeinsam eine geeignete Person speciell für die Behandlung unruhiger Geisteskranker ausbilden lassen. Welcher Segen aus einer derartigen Organisation entspränge, brauche ich nicht mehr zu schildern! Es liegt in der Natur dieser Vorschläge, dass dieselben ein Stückwerk bilden und ihnen etwas Halbes anhaftet. Trotzdem aber ist es meine Ueberzeugung, dass es auf diesem Wege möglich ist, das Loos vieler unglücklichen Kranken zu bessern und dieselben vor Siechthum und Elend zu bewahren.

Fasse ich das Gesagte noch einmal zusammen, so ergiebt sich.

1) Da Irrenanstalten nicht gebaut werden und die vorhandenen Anstalten keineswegs ausreichen um die täglich zunehmende Zahl von Geisteskranken zu verpflegen, so ist man gezwungen unruhige Geisteskranke zu Hause zu behandeln.

2) Die Fortschritte der Psychiatrie, insonderheit die Bettbehandlung, ermöglichen dem Arzte die häusliche Behandlung erfolgreich zu leiten.

3) Die Anwendung von Zwangsmassregeln (Narcotica etc.) ist unter allen Umständen auf das äusserste Mass zu beschränken.

4) Die Nahrungsverweigerung bildet kein Hinderniss für die häusliche Behandlung.

5) Die Selbstmordgefahr muss stets bedacht werden.

6) Es ist nothwendig ein Pflegepersonal zur Unterstützung der prakt. Aerzte heranzubilden.

Die Lücken dieser Vorschläge und Ausführungen sind unumwunden zuzugeben. Andererseits darf man aber hoffen auf diesem Wege die Irrenfürsorge unserer Heimath bedeutend zu fördern.

Vermischtes.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsräthe Dr. B. Tarnowski (Syphilidolog) und Dr. Dianin (Chemiker) sind zu berathenden Mitgliedern des Medicinalraths gewählt worden.

— In Berditschew (Gouv. Kiew) hat sich eine Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung gebildet, welche Dr. G. Linowski zum Präsidenten, Dr. Dynowski zum Vicepräsidenten und Dr. Sperling zum Secretär gewählt hat.

Ernannt: Der Medicinal-Inspector des Gebiets des Donischen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrath Dr. Speranski — zum Militär-Medicinal-Inspector des Kiewschen Militärbezirks.

Verabschiedet: Der Mil.-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Geltowski, auf eigenes Ansuchen, und der Professor der Chirurgie an der Universität Kasan, Staatsrath Dr. Kusmin, — beide mit Uniform.

Verstorben: 1) Am 11. October in Uglitsch (Gouv. Jaroslaw) der dortige Stadtarzt S. A. Istomin im 35. Lebensjahre. Der Verstorbene beschäftigte sich viel mit Frauenkrankheiten und hat auch mehrere Arbeiten aus diesem Gebiet im (russ.) «Archiv für Geburtshülfe und Frauenkrankheiten» veröffentlicht. 2) Am 17. October in Reval Dr. Rudolph Johannson im 31. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten. 3) Am 20. October in Ssamara der dortige Arzt Benjamin Portugalow im Alter von 61 Jahren an einem Herzleiden. Neben seiner ärztlichen Thätigkeit

[10]) H. Emminghaus: Behandlung d. Irreseins im allgemeinen p. 26. Handbuch d. speciellen Therapie von Stinzing u. Penzoldt V, Abth. IX ferner Savage: Geisteskrankheiten, Deutsch v. Knecht p. 574, flgnd.

[11]) Scholz: Reform der Irrenpflege, 1896.

widmete er seine freie Zeit mit Erfolg der Besprechung allgemein interessirender Tagesfragen in zahlreichen Zeitschriften. Trotz 35jähriger ärztlicher Praxis hat er seine zahlreiche Familie mittellos hinterlassen. 4) In Berlin am 2. November n. St. der emeritirte Professor der Syphilidologie an der dortigen Universität Geheimer Medicinalrath Dr. Georg Lewin im Alter von 76 Jahren am Herzschlage. Erst vor wenigen Jahren gab L. seine Lehrthätigkeit, die er über 30 Jahre an der Berliner Universität ausgeübt hatte, auf. Gerade vor einem Jahre war es ihm vergönnt, sein 50jähriges Doctorjubiläum zu feiern. Unsern älteren Lesern wird es noch erinnerlich sein, dass Prof. Lewin i. J. 1879 im Auftrage der preussischen Regierung in St. Petersburg war, um den Fall Naum Prokofjew, welchen der verst. Prof. Botkin für asiatische Pest erklärt hatte, zu studiren. Da Lewin die Diagnose «Pest» mit Bestimmtheit verwarf, so wurde die von Deutschland gegen Russland beabsichtigte strenge Quarantäne aufgegeben und dadurch beide Reiche von wirthschaftlich folgenschweren Schritten abgehalten. — 5) In London Professor Georg Harley, einer der ersten inneren Kliniker Englands, im 57. Lebensjahre. Der Verewigte zeichnete sich durch vielseitiges Wissen aus, wie man es jetzt nur bei Männern der alten Schule antrifft; Aus seiner Feder stammen grössere Werke über Diabetes, Icterus, Albuminurie und Leberkrankheiten, sowie Arbeiten über den feineren Bau der Nebennieren und den Cl. Bernard'schen Diabetesstich; ausserdem schrieb er Handbücher der Histologie und der Harnanalyse. — 6) In Stockholm der Director des Centralinstituts für Heilgymnastik, Professor Truls Johann Hartelius.

— In dem demnächst zusammentretenden finnischen Landtag befinden sich unter den 63 Vertretern der Städte 5 Aerzte.

— Die in Nr. 41 der Wochenschrift, pag. 371, 2. Spalte, 4. Absatz, gebrachte Notiz ist dahin zu berichtigen, dass jetzt die Vierteljahresschrift f. gerichtliche Medicin, die im Verlage von Aug. Hirschwald in Berlin erscheint, von Dr. A. L. Schmidtmann, Geh. Med.- und vortr. Rath im königl. Preussischen Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, und Dr. Fritz Strassmann, a. o. Professor, gerichtl. Stadtphysicus und Director der königl. Unterrichts Anstalt für Staats-Arzneikunde in Berlin herausgegeben wird.

— In Anlass der Einweihung des neuen Universitätsgebäudes in Würzburg hat die dortige medicinische Facultät dem Berliner Professor der Chemie Emil Fischer, sowie den Professoren der Anatomie Dr. Gustav Retzius in Stockholm und Ramon y Cajal in Madrid die Würde eines Ehrendoctors der Medicin verliehen.

— Der bekannte Psychiater, Prof. Dr. Hubert Grashey, giebt seine Lehrthätigkeit an der Münchener Universität auf, da er an Stelle des verstorbenen Dr. v. Kerschensteiner zum Leiter des bayrischen Medicinalwesens ernannt worden ist.

— Zum Nachfolger Prof. Lesser's, der bekanntlich nach Berlin berufen wurde, ist zum Professor der Dermatologie und Syphilidologie an der Universität Bern der Primärarzt der dermatologischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals in Breslau, Dr. Joseph Jadassohn, ein Schüler Prof. Neisser's, gewählt worden.

— Dr. Rudolph Denig, Assistent des Prof. Michel in Würzburg, ist als Professor der Augenheilkunde an das Columbia-College zu New-York berufen worden.

— Die Leitung der neuen von der Philanthropin Frau Basanowa errichteten Klinik für Hals-, Ohren und Nasenkrankheiten in Moskau ist dem Specialisten für diese Krankheiten, Privatdocenten der dortigen Universität Dr. Stanislaus v. Stein, übertragen worden.

— Die Lage der Studenten in Tomsk, welche zum grössten Theil aus ehemaligen Zöglingen der geistlichen Seminare ohne Reifezeugniss bestehen, ist, wie das örtliche Blatt schildert, eine recht traurige, da ein grosser Theil derselben geradezu darbt. Die unbemittelten Studenten sind meistentheils auf das Stundengeben angewiesen, das aber in Tomsk schlecht bezahlt wird; fünf Rubel monatlich gilt dort schon für ein gutes Honorar. Trotzdem ist der Zudrang zur Universität in diesem Jahr wieder ein sehr grosser gewesen, indem allein in den ersten Cursus der medicinischen Facultät 200 Studenten aufgenommen sind. Dazu kommt noch, dass die Kliniken zum Theil recht karg dotirt sind.

— Das von Dr. Sprimow in Moskau herausgegebene Referaten-Journal «Медицинское Обозрѣніе» (Medicinische Revue) wird im nächsten Jahr statt 2 mal nur ein Mal monatlich erscheinen. Der Preis ist dementsprechend von 12 auf 10 Rbl. herabgesetzt.

— Wie uns mitgetheilt wird, werden in der hiesigen Maximilian-Heilanstalt Equipagen zum Transport von Verwundeten und Schwerkranken (infectiöse ausgeschlossen) vermiethet; bei den Equipagen befinden sich Leute, die mit Kranken umzugehen verstehen. Auch werden Tragbahren auf Rädern vermiethet. Für die Benützung einer Equipage im Rayon der Stadt sind 10 Rbl. zu zahlen, bei Fahrten ausserhalb der Stadt ist die Zahlung mit der Hospitalverwaltung zu vereinbaren. Weniger bemittelten Kranken werden die Equipagen für 3 Rbl., ganz unbemittelten auch unentgeltlich — aber nur auf Verlangen eines Arztes zur Verfügung gestellt. Bestellungen per Telephon Nr. 1366 zu jeder Tages- und Nachtzeit.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 12. November 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. November 1896.

Дозв. ценз. Спб. 1 Ноября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 9. (21.) November 1896

Ueber die Grundlage der Eczem-Behandlung.

Von

Professor Dr. O. Petersen.

Vortrag auf d. VIII. Livl. Aerztetage zu Wenden.

M. H. Während unseres Universitäts-Studiums sind wir Alle mit der Dermatologie wenig bekannt gemacht worden. Für meine Zeitgenossen und mich kann ich das sicher constatiren, denn wir sahen nur gelegentlich dermatologische Affectionen in der Poliklinik oder in der chirurgischen Klinik. Viel anders ist es ja wohl auch heute nicht, da in Jurjew (Dorpat) noch kein Lehrstuhl für Dermatologie und Syphilis vorhanden ist. Nur eine Hautkrankheit hat jeder Dorpatenser seit Jahren besser kennen gelernt, als die Schüler anderer Universitäten, das ist die Lepra, dank unseren Lehrern v. Bergmann, v. Wahl und Dehio.

Treten wir aber in die Praxis, so überzeugen wir uns bald, dass man recht, recht oft Hautkrankheiten sieht und man ist dann meist nur auf seine Handbücher angewiesen, sowohl bezüglich der Diagnose, wie auch der Therapie. Wie schwer ist es aber dem praktischen Arzt, namentlich auf dem Lande, sich in denselben zurecht zu finden! Am geläufigsten ist noch die Diagnose «Eczem». Man könnte die Situation in trivialer Weise durch folgenden Satz kennzeichnen: «Was ich nicht diagnosticiren kann, das sehe ich als Eczem an.» Ist nun aber die Diagnose Eczem gestellt, so greift man reflectorisch zu den Theerpräparaten äusserlich und den Arsenpräparaten innerlich.

Meine Herren! Ich spreche aus eigener Erfahrung, mir ist es vor Jahren selbst so ergangen, bis ich durch einen glücklichen Zufall (eine Abkommandirung in die syphilitische Abtheilung des Nikolai-Militair-Hospitales in St. Petersburg) darauf hingedrängt wurde, mich mit der Dermatologie näher bekannt zu machen. Die Dermatologie ist aber eines der lehrreichsten und interessantesten Capitel der medicinischen Wissenschaft, wenn man nur die Sprache der Haut zu lesen versteht! Nach statistischen Erhebungen, mit denen ich mich seit Jahren beschäftige, finden wir bei 60—70 % aller Menschen, Hautveränderungen, theils angeboren, theils erworben, jedoch sucht nur ein Theil der Erkrankten die ärztliche Behandlung auf.

Unter den Hautkrankheiten nimmt die erste Stelle, bezüglich der Häufigkeit, das Eczem ein. Nach einer amerikanischen, dermatologischen Sammelforschung (bei welcher in $5^1/_2$ Jahren 204,866 Fälle zur Anzeige kamen) litten 29,7 % der Hautkranken an Eczem.

Es würde mich weit über den Rahmen meiner Mittheilung hinausführen, wollte ich auch nur flüchtig die Symptomatologie des Eczems berühren. Ich setze voraus, dass die Collegen meist die Diagnose des Eczem richtig stellen und wende mich heute nur der Therapie des Eczems zu. Wollte ich alle gegen das Eczem empfohlenen Mittel anführen, so müsste ich Ihnen ein dickleibiges Buch vorlegen.

Um sich in diesem Labyrinth zurecht zu finden, muss man sich bestimmte Grundlagen feststellen, nach welchen man die vielen vorhandenen und noch zu erwartenden Mittel gruppiren kann.

Bevor man die Therapie eines Eczem-Falles angreift, lege man sich folgende Fragen vor:

1) Handelt es sich um ein acutes oder chronisches, resp. recidivirendes Eczem?

2) Mit welchem Entwicklungsstadium der Haut haben wir es zu thun?

Die Haut in ihrer Entwicklung beim Säugling ist in ihrer Reaction gänzlich verschieden von der Haut des Erwachsenen resp. des Greises. Bei Letzterem handelt es sich um eine Haut im Stadium der Rückbildung mit der Neigung zur Atrophie.

3) Wie steht es mit dem Ernährungszustande der Haut?

Hierauf ist der Allgemeinzustand des Patienten von grösstem Einfluss. Wie himmelweit verschieden ist die Haut eines kräftigen, gut genährten, blühenden Mannes

von der kranken, matten Haut eines Phthisikers oder Diabetikers in späterem Stadium.

4) Wie steht es mit der Hautpflege des Patienten und mit den hygieinischen Verhältnissen, in welchen er lebt, welcher Art ist seine Beschäftigung?

5) Da die Haut unter Anderem auch einen Nervenapparat darstellt, so muss das Nervensystem und die Reizbarkeit desselben besonders berücksichtigt werden.

6) Wie steht es mit dem Verdauungs- und mit dem Geschlechtsapparat?

7) Kann der Patient auch die verordnete Therapie wirklich durchführen? Was helfen z. B. die verschiedenen Salben, wenn der Patient sich unrein hält, die Salbe mit schmutzigen Fingern aufträgt und mit einem schmutzigen Lappen bedeckt?

Nachdem wir uns diese 7 Fragen beantwortet, haben wir einen klaren Ueberblick über den gegebenen Fall, und können zur Feststellung der Therapie schreiten.

Wir müssen vor allen Dingen Alles das fortschaffen, was den Verlauf des Eczems schädigend beeinflusst, wir müssen darauf hinwirken, dass die Ernährung eine normale (Regelung der Diät, der Verdauung, der Menstruation), wir müssen für ein Gleichgewicht in der Thätigkeit des Nervensystems sorgen, wir müssen allgemeine subtilste Reinlichkeit veranlassen, sowie gleichzeitige Behandlung sonstiger vorhandener Leiden, Anämie etc. vornehmen. Tritt das Eczem durch Reizung secundär zu der Scabies oder den Dermatomykosen hinzu, so muss gleichzeitig gegen die Primärleiden zu Felde gezogen werden.

Wir kommen nun zur directen Eczem-Therapie.

Dieselbe muss natürlich in erster Reihe, entsprechend der Local-Affection, eine locale sein.

Da wir es aber local mit einer Continuitätstrennung der Haut auf entzündlicher Basis zu thun haben (Bläschen, nässende Fläche etc., zum Theil auch Eiterung) so müssen wir aseptisch, resp. antiseptisch die Entzündung bekämpfen.

Daher enthalte man sich im acuten und subacuten Stadium starker Reizmittel, suche die Secretion zu vermeiden, austrocknend zu wirken. Zu diesem Zweck ist seit Alters her die Zinksalbe populär, sowie das schon bei den Arabern gebräuchliche Unguentum diachylon. Die Zinksalbe, mit Schweinefett hergestellt, hat jedoch zwei Uebelstände, erstens zersetzt sich das Fett und die abgeschiedenen Fettsäuren reizen, zweitens ist sie zu flüssig, deckt daher nicht genügend und das Fett saugt sich in den Deckstoff (Leinwand, Watte) ein. Daher habe ich ihren Gebrauch völlig aufgegeben und benutze seit Jahren nur die von Lassar eingeführte Zinkpaste (Zinc. oxydati, Amyli āā 1 Theil, Vaselini flavi americanici 2 Theil) 2—3 mal täglich dick mit einem Glasstäbchen auf das Eczem aufzutragen und mit einer dünnen Schicht hygroskopischer Watte zu bedecken. Beim Wechseln des Verbandes haftet ein Theil der Paste fest und lässt sich nur durch starkes Reiben entfernen und dieses reizt unnöthig, daher benutze ich zum Reinigen der Eczemfläche Mandelöl (mit oder ohne 1 % Carbolsäurezusatz zur Paste). Den Zusatz von Salicylsäure, wie Lassar es empfiehlt, halte ich für unnöthig. Liegt jedoch starke Neigung zum Secerniren vor, so haftet die Paste schlecht, dann verordne ich eine Salbe von 1—2 % Plumb. acetic. in Vaselin. flav. american. mit Zusatz von Talcum venetum (2 Talk zu 4—6 Vaselin, je nach der Consistenz des Letzteren, um die Salbe consistenter zu machen. Auch 1—3 % Alumen-Vaselin-Talk-Salben sind ganz empfehlenswerth, als Adstringentia).

Sind die Bläschen und die Secretion geschwunden, die Haut aber noch zart und leicht reizbar, so empfiehlt sich als Schutzmittel vorzüglich eine Zinkgelatine (Zinc. oxydat., Gelatini āā 15,0, Glycerini — 25,0, Aq. destillat. — 45,0), die Büchse mit der Gelatine ist vor dem Gebrauch in eine Schale mit heissem Wasser zu stellen. Die Gelatine löst sich auf, lässt sich mit dem Glasstäbchen leicht auftragen und bildet in ca. 10 Minuten eine feste elastische Schicht, die sich in kaltem Wasser nicht löst, man kann alsdann die Umgebung mit Wasser von Zimmertemperatur leicht waschen.

Meist kommt man mit diesen Mitteln aus. Handelt es sich um Eczem der behaarten oder sehr zarter Körpertheile, dann lässt sich die Paste nicht brauchen und ich greife dann zu Unguentum praecipitat. alb., oder Plumb. Salbe. Erreicht man seinen Zweck mit dieser Local-Therapie nicht, dann liegen die Ursachen der Eczeme tiefer und man achte besonders darauf, ob nicht Diabetes, Nephritis oder Herzfehler vorliegen und behandele diese.

Es giebt aber eine Reihe, gewöhnlich sehr nervöser Patienten, namentlich climacterische, hysterische und alte, reizbare Neurastheniker, die gar keine Salben vertragen. M. H.! Jeder von Ihnen kennt ja wohl solche Fälle, wo man mit einer Localtherapie nichts erreicht und die Patienten sich selbst, die Umgebung und den Arzt zur Verzweiflung bringen. Da ist es geboten, dass man diese Patienten aus ihrer Umgebung entfernt, und in andere Verhältnisse bringt, am Besten in eine Wasserheilanstalt.

Ja, es giebt auch nicht wenig Fälle, meist junge Damen, wo man die Behandlung mit der Mutter der Patientin beginnen muss, da diese in ihrer Nervosität beständig die Tochter aufregt und ihr vorspricht, dass Alles nichts wirke. In diesen Fällen gebe ich der Mutter und Tochter Brom und Baldrian und beginne mit der Localbehandlung.

Für chronische Formen des Eczems, namentlich auf nervöser Grundlage, ist Hydrotherapie sehr empfehlenswerth, sowohl als Allgemeinmittel, wie auch local als Umschläge, Bäder oder in Form von heissen Compressen, wie das die Amerikaner und in Petersburg Dr. Ussas schon lange thun und wie es noch vor einigen Wochen von Neuem wieder von Dr. Rosenthal auf dem internationalen Dermatologen-Congress betont worden. Die Zeit der absoluten Hydrophobie in der Hautbehandlung ohne Eczeme muss als überwunden betrachtet werden; natürlich hat das Wasser, wie jedes andere Mittel seine Indicationen, wie Contraindicationen, aber «Reinlichkeit, die schadet nimmer» und mit Schrecken sehe ich noch von Zeit zu Zeit Hautkranke in fürchterlichem Zustande, da der behandelnde Arzt gesagt: «nur ja nicht waschen».

Handelt es sich um torpides mit Desquamation verbundenes Eczem, bei einer Haut mit langsamem Stoffwechsel, dann ist die alte Theersalbe gut, für zarte und leicht reizbare Haut ist sie nicht geeignet.

Wir kommen nun zu der innerlichen Therapie des Eczems, wobei meist gleich zum Arsen gegriffen wird. Ich muss jedoch gestehen, dass ich das Arsen sehr selten verordne und es nicht vermisse. Handelt es sich schon um allgemeine Veränderungen des Organismus (Verdauungsstörungen, Menstruationsanomalien oder Nervosität), so erreiche ich durch eine Regelung der Lebensweise, durch Diät, leichte Abführmittel, Soden innerlich resp. Eisen, Hydrotherapie, dasselbe wie durch Arsen, ohne ein, jedenfalls nicht indifferentes Medikament zu benutzen, an welches der Organismus sich ausserdem gewöhnt, und welches öfter als man glaubt, Exantheme bewirkt.

Als recht praktische innere Mittel sind auch das Natron Salicylicum und das Salol zu empfehlen,

welche jedenfalls, abgesehen von ihrer, den Darmtraktus desinficirenden Wirkung, direct die Haut beeinflussen.

Zum Schluss sei noch auf die Verschiedenheit des Eczems je nach dem Alter der Patienten hingewiesen. Am Meisten machen uns die Eczeme des Greisenalters zu schaffen, wo sich nicht selten eine senile Prurigo uns durch das Jucken (und dem entsprechendes Kratzen) als kaum zu überwindendes Hinderniss in den Weg stellt, während bei den Säuglingen trotz aller Therapie das Eczem beständig recidivirt, so lange die Dentition im Gange.

Meine Herren, ich bin mir wohl bewusst, dass ich durch meine kurze Mittheilung weder das Thema der Eczem-Behandlung erschöpft, noch einen völlig genügend systematischen Ueberblick über diese, für die Praxis so eminent wichtige Frage, habe geben können, doch ich hoffe, dass einige Punkte Sie vielleicht anregen werden, in der von mir gewiesenen Richtung der Frage weiter nachzugehen und dass manche der hier entwickelten Regeln für die Eczem-Behandlung Ihnen in der Praxis Freude bereiten werden, durch die dadurch erzielten Erfolge.

Aus dem Elisabeth-Kinder-Hospital zu St. Petersburg.

Zur Frage über congenitale Darmocclusion.

Von

Th. Hecker.

(Nach einem Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 29. October 1896).

Nicht allzugross ist die bisher in der Literatur vorhandene Zahl derjenigen Fälle, welche eine im foetalen Leben erworbene Darmverschliessung betreffen. Sie stellen eine relative Seltenheit dar, so dass jeder weitere diesbezügliche Beitrag casuistischer Art einigermassen gerechtfertigt erscheinen könnte. Um so mehr, weil es wohl einem jeden Kinderarzt doch hie und dort vorkommen könnte einer derartigen Anomalie mit den sie begleitenden stürmischen Symptomen in seiner Praxis zu begegnen. Der Fall nun, welchen ich zum Ausgangspunct meiner kurzen Betrachtung über Impermeabilität des Darmrohres machen möchte, gelangte vor einiger Zeit im Elisabeth-Kinderhospitale zur Operation.

Am 13. Sept. 1896 wurde morgens in die Ambulanz des Elisabeth-Kinderhospitals ein vor 3 Tagen geborenes Kind gebracht, mit den Angaben, dass sich bald nach der Geburt Erbrechen eingestellt habe, das bis zum Augenblick fortdauere, eine spontane Stuhlentleerung jedoch nicht erfolgt sei.

In der Anamnese erfahren wir, dass das Kind Wera Sch. vor 3 Tagen als das erste Kind gesunder Eltern am 10. Sept. um 6. Uhr Abends in Kopflage geboren ist ohne irgend welche Anzeichen von Asphyxie. Die Wehen begannen am 9. Sept. gegen Mitternacht und die Geburt soll recht schwer gewesen sein. Bis auf Blutarmut der 18 jährigen Mutter, sollen die Eltern ganz gesund sein. Weder Tuberculosis noch Lues sind in der Familie vorhanden. Die Schwangerschaft verlief bis auf häufig sich einstellendes hartnäckiges Erbrechen ganz normal, ohne dass die Mutter vielleicht an Influenza oder Rheumatismus krank gewesen wäre. Auch hat kein Trauma schwerer Art vorgelegen, bis auf die Angabe, dass die Mutter einmal im IV. Monat der Schwangerschaft beim Treppensteigen gestolpert ist. Es liegt keine Verwandtenehe vor: auch sind in der Familie keinerlei Missbildungen bisher vorgekommen. Gleich nach der Geburt schrie das Kind mit kräftiger Stimme und nahm gut die Mutterbrust. Jedoch schon 2 Stunden nach der Geburt stellte sich Erbrechen von grünlichen Massen (Meconium) ein, welches sich häufig wiederholte. Späterhin nahm das Erbrochene eine gelbliche Farbe an, war flüssig, durchmengt mit weissen Flocken. Das Kind war die ganze Zeit unruhig, namentlich während der Nacht.

Status: Die Hautfarbe des Kindes ist rötlich, mit einem Schimmer ins gelbliche. Die Scleren sind leicht icterisch. Der Leib ist stark aufgetrieben: die Nabelschnur mumificirt, haftet noch locker am Nabel. Die äusseren weiblichen Geschlechtstheile sind normal entwickelt. Der After wohl ausgebildet, sternförmig zusammengezogen. Die Herztöne rein, Puls etwa 100 in der Minute, die Atmung ist etwas beschleunigt. Während der Untersuchung erbricht das Kind einmal grüngefärbte mit weissen Flocken untermischte Flüssigkeit. Mit einem weichen Katheter wird per anum untersucht, wobei er sich auf c. 6 cm, weit einführen lässt. Beim Herausziehen des Katheters kommen mit heraus einige grünlichgrau gefärbte trockene Massen. Da ein grösserer operativer Eingriff eventuell nötig werden könnte, wird das Kind in die chirurg. Abtheilung aufgenommen.

Nach abermaligem Einführen verschiedener Sonden per anum, welche alle auf 8—10 cm. tief vordrangen, um dann auf ein unüberwindliches Hinderniss zu stossen, musste zunächst an eine etwa auf der Höhe des Promontoriums gelegene Atresie resp. Stenosirung des Darmes gedacht werden. Aus diesem Grunde wird zur Operation geschritten, welche ohne Narcose gemacht wird. Zunächst wird der typische Schnitt zur Proctoplastik über den After herüber bis ans Steissbein angelegt und der Darm mittels scharfer Haken vorgezogen. Dementsprechend konnte die Sonde weiter vorgeschoben werden, indessen nicht frei, sondern mit Schwierigkeit vorrückend. Es handelte sich also nicht um eine Atresia recti, sondern vielleicht um eine Strictur in einer mehr oder weniger weiten Ausdehnung. Aus diesem Grunde nahm Dr. Anders von einem Eingriff in loco Abstand und schritt sogleich zur Laparotomie. Dr. Anders hielt die Möglichkeit offen nach dem Rate Macleod's das Darmende in der Bauchhöhle aufzusuchen, der Wunde entgegenzuführen und so die Proctoplastik zu erzwingen. Leider musste unter den gleich zu schildernden Verhältnissen von solchem oder ähnlichem Verfahren Abstand genommen werden. Es wurde ein Schnitt gemacht im linken Hypogastrium hart über dem Poupart'schen Bande heraufreichend von etwa 5—6 cm. Länge, im Hinblick auf den wahrscheinlich anzulegenden Anus praeternaturalis. Nach Eröffnung des Bauchfells wölbt sich eine stark gefüllte und geblähte Darmschlinge vor. Beim Suchen nach einer stricturirten Stelle des Darmes lässt sich eine lange Darmschlinge vom Dickendurchmesser einer feinen Bleifeder ergreifen, dieselbe kann weit in die Bauchhöhle verfolgt werden. Ihr Uebergang in den sich vorwölbenden Darmtheil, ebenso ein Ende derselben können nicht constatirt werden. Bei der weiten, in den Grenzen überhaupt nicht bestimmbaren zum Teil adhaerenten Partie des stricturirten Darmes, muss eine Resection letzterer Partie aufgegeben werden und wird ein Anus praeternaturalis in der linken Weiche formirt. Peritoneum parietale und viscerale befanden sich im Zustande mässiger Injection. Nach Eröffnung des Darmes entleert sich eine bedeutende Menge faecaler Flüssigkeit und gehen Gase in reichlicher Menge ab. Der Meteorismus ist geschwunden, der aufgetriebene Leib vollständig abgesunken. Der Blutverlust war im Ganzen ein relativ geringer, der Kräftezustand des Kindes ein ganz befriedigender nach der Operation. Die Prognosis musste jedoch auf Grund entdeckter Befunde als durchaus ungünstig hingestellt werden.

Es traf sich noch günstig, dass dem Kinde gleich nach der Operation Ammenmilch gereicht werden konnte. Eine Mutter, welche sich zur Zeit mit ihrem kranken Kinde im Hospital befand, übernahm das laparotomirte Kind zu füttern. Das Kind nimmt auch sofort die Brust und saugt gut.

7. Uhr Abends: Das Kind hat sich am Tage ziemlich ruhig verhalten, viel geschlafen; die gereichte Brust hat es gut gesogen. T° 36,7. Beim Verbandwechsel bemerkt man, dass der Verband impraegnirt ist mit leicht faeculent riechender gelblicher Flüssigkeit. Die Umgebung des Anus praeternaturalis ist stark gerötet, die Schleimhaut stark haemorrhagisch.

11½ Uhr Abends: erneuter Verbandwechsel mit ziemlich gleichem Befund.

14. September. Das Kind war während der Nacht recht unruhig. Gegen Morgen stieg die Temperatur auf 39,1 und das Kind hörte auf die Brust zu nehmen, sog aber noch gut aus der Flasche. Der Verband war gleichfalls stark impraegnirt mit faeculenter Flüssigkeit, die Umgebung des Anus praeternaturalis hat eine livide Verfärbung angenommen, welche bis zur Schambeingegend reicht. Den Rest des Tages war das Kind ziemlich ruhig. Abends war die T° 38,6, um 12½ Uhr Nachts auf den 15. Sept. exitus letalis.

Das Kind lebte im Ganzen 4 Tage 6½ Stunden.

Obductionsbefund: Die Leiche ist die eines ausgetragenen Kindes. Die Länge beträgt 47 cm., Kopfumfang 32 cm., Brustumfang 28, Schulterumfang 32 cm. Das Gewicht beträgt 2330 gramm. Die Hautfarbe ist rötlich, zum Theil gelblich. In der linken Fossa iliaca befindet sich ein Hautschnitt von 4½ cm. Länge, der sich von unten innen nach oben aussen erstreckt. An den Rändern der Schnittwunde sieht man Nähte; die Ränder sind teils dunkelrot, teils schwärzlich gefärbt. Aus dem Centrum der Wunde kommen Faeces von gelber Farbe heraus. Die dunkelrothe Färbung der Haut erstreckt sich auch auf die Gegend der Genitalien und des Afters. Die äusseren weiblichen Geschlechtstheile sind normal, der After zeigt eine wieder vernähte Schnitt-

wunde. Die Nabelschnur ist trocken, schwarzgefärbt, 7 cm. lang.

Beim Oeffnen des Abdomens längs der Linea alba kommt aus der Bauchhöhle etwas blutverfärbte Flüssigkeit herausgeflossen. Das Peritoneum parietale ist stellenweise an die Därme mit fibrinösen Membranen geheftet, die Serosa der Därme ist stark hyperaemisch. Die Vorderfläche der Leber ist bedeckt mit fibrinösen und fibrösen Auflagerungen, welche erstere mit der Bauchwand und den Därmen verlöten. Solche Stränge und Membranen mehr oder weniger derb haftend ziehen auch zwischen den einzelnen sich präsentirenden Darmschlingen. Der Situs, wie er beim Eröffnen der Bauchhöhle zu sehen war, ist auf Fig. 1 verzeichnet. Es präsentirte sich nämlich in ganzer Ausdehnung ein geschwellter, etwas gasig aufgetriebener Darmteil, welcher dem Beckeneingang gegenüber in einem Blindsack endigte. Unter dem rechten Leberlappen, lateral von der Gallenblase befand sich ein 5 cm. langer und 2 cm. breiter Körper, der eine graue Farbe besass, von dicken Bindegewebsmassen eingehüllt zu sein schien und zu welchem fibröse Stränge von der Leber hinzogen. Die Consistenz ist derb beim Anfühlen. Bisher konnte keine Erklärung für diesen letzteren Befund gemacht werden. Sämmtliche innere Organe wurden nun in toto zusammenhängend herausgenommen (und die Skizze Fig. 2 gemacht). Nachdem die kleinen zwischen den einzelnen Därmen sich hinziehenden Stränge zum Teil etwas gelockert worden waren, konnte constatirt werden, dass der Magen etwas aufgetrieben, der Durchgang ins geblähte Duodenum und von dort ins Jejunum frei war. Die Entfernung zwischen dem Pylorus und dem Anus praeternaturalis beträgt 67 cm., von dort lassen sich die geblähten Därme noch 30 cm. weiter verfolgen und endigen alsdann in dem oben erwähnten Blindsack. Die Gesammtlänge des der Nahrung zugänglichen Darmteils betrug somit 97 cm. Zwischen den geschwellten Darmschlingen und darunter liegt ein federkieldicker Strang, der sich als der übrige Darmteil erkennen lässt, als man vom Rectum ausgehend den Darm nach obenverfolgte. Er stellte in seinem Volumen einen schnurartigen Strang dar,

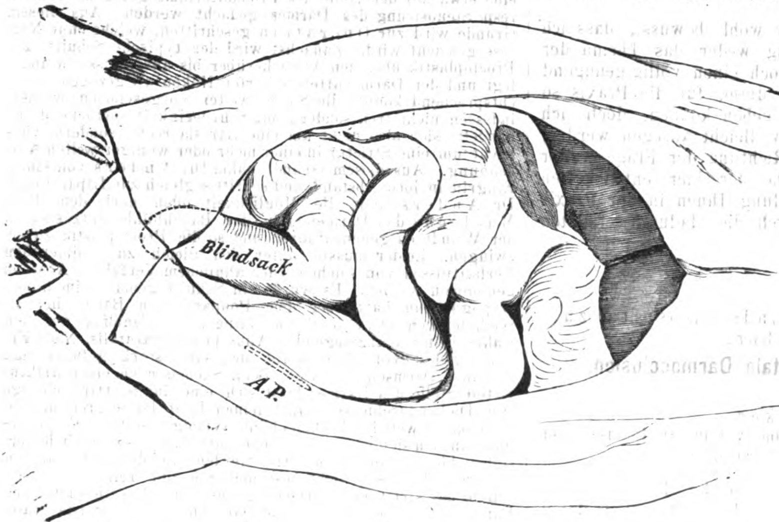


Fig. I.

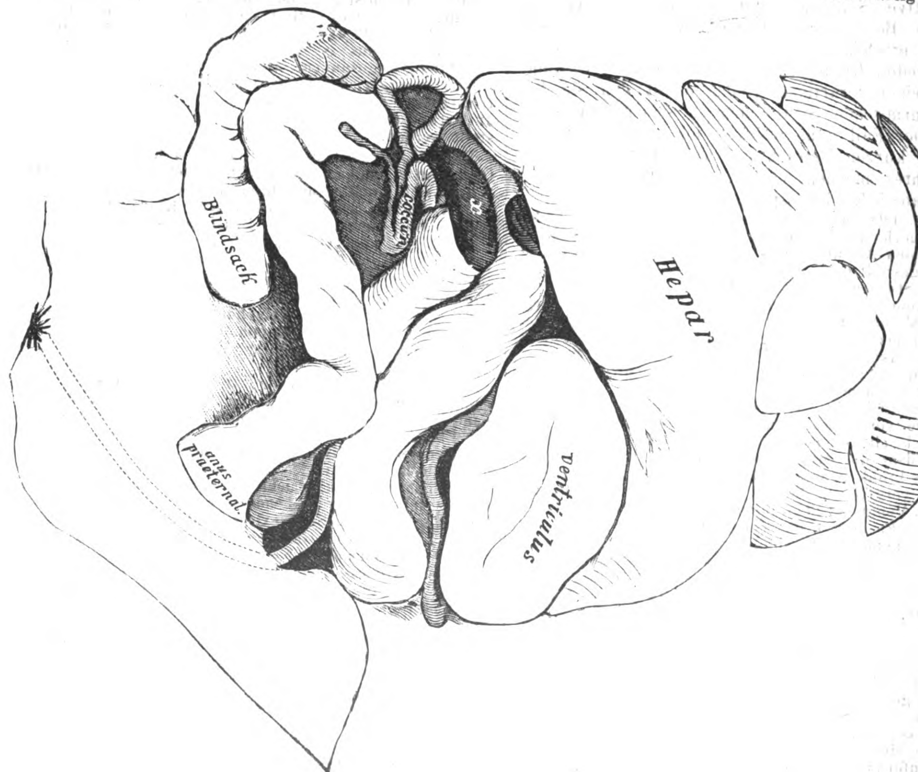
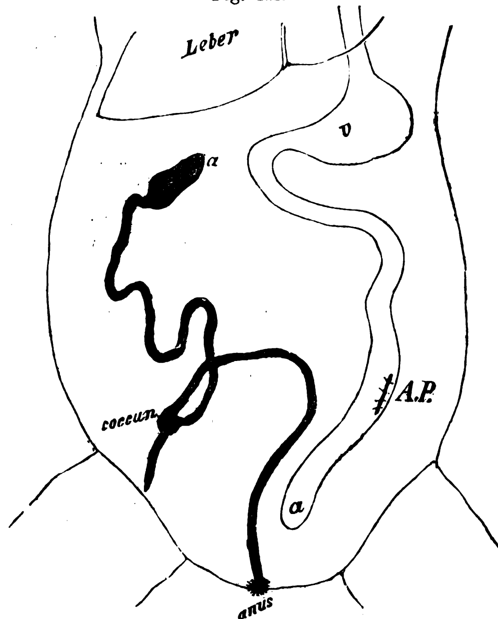


Fig. II.

Fig. III.



von einer Breite von 4—5 mm. Auch er besitzt ein Lumen, welches aber mit Schleim und Detritusmassen angefüllt ist. Dieser harte Darmstrang, wenn man ihn so nennen darf, stellt bei weitem den grössten Teil des Tractus intestinalis dar. Bei seinem Verfolgen nach oben, der, wie gesagt, beim Anus sein Ende nimmt, kann man bemerken, dass er zwischen, unterhalb und oberhalb der geblähten Darmschlingen lagert, und seinen Ausgangspunct nimmt in dem Körper, der bis dahin nicht gedeutet werden konnte. Beim Abziehen der Hülle dieses Körpers, erkennt man in demselben Darm, der beim Durchschnitt ein Lumen zeigt. Ein Coecum mit einem 4 cm. langen proc. vermiformis ist deutlich erkennbar und befindet sich etwas höher als an der normalen Stelle. Diese Partie des Darmes umfasst also den unteren Teil des Jejunum, das Ileum, den ganzen Dickdarm und das Rectum bis zum Anus. Das Mesenterium ist verdickt und verkürzt, mit zahlreich vergrösserten Mesenterialdrüsen durchsäet. Das Omentum majus ist nur ganz rudimentär vorhanden. Die Leber ist gross, derb von Consistenz, hyperaemisch. Die Milz haftet nicht frei am Magen, sondern ist umhüllt von Bindegewebe, welches sie an Magen und Bauchwand fixirt.

Anatomische Diagnose: Atresia intestini. Peritonitis foetalis vetusta. Perihepatitis. Perisplenitis. Peritonitis incipiens acuta.

Wie ich es bereits am Anfang erwähnt hatte, so stellt der hier mitgetheilte Fall eine relative Seltenheit dar. Theremin konnte bei einem Beobachtungsmaterial von 150,000 Sectionen im St. Petersburger Findelhause nur 15 mal einen congenitalen Darmverschluss beobachten. In der Literatur der letzten 30 Jahre sind gleichfalls nur spärlich diesbezügliche Angaben vorhanden; teils bezogen sich solche auf vereinzelte casuistische Mitteilungen, zum Teil aber finden sich tabellarisch zusammenfassende Arbeiten darüber. Wie es Hempel anführt, hat Hirschsprung in seiner Dissertation 1861 24 Fälle von Darmverschluss zusammengestellt, darunter handelte es sich 14 mal um eine vollständige Atresie. 1864 hat Fiedler in der Literatur 26 Fälle von Atresia intestini gesammelt. Silbermann erwähnt 1882 in seiner Arbeit, in welcher er von der foetalen Peritonitis ausgeht, schon 57 Fälle von Darmocclusion, wobei in 12 Fällen Stenose, in den übrigen Atresie vorhanden gewesen ist. Soweit nun mir die Literatur zugänglich geworden ist, ist es mir gelungen 82 Fälle von Darmverschluss congenitalen Ursprungs aufzufinden, wenn ich die 57 Fälle Silbermann's miteinrechne, darunter in 54 Fällen eine vollständige Atresia intestini.

Was den Sitz eines congenitalen Darmverschlusses anbetrifft, so ist es leicht ersichtlich, dass ein solcher in der ganzen Länge des Darmrohres vorkommen könnte, wenn man den Umstand im Auge behält, dass solches sowohl als Hemmungsbildung zu Stande kommt oder aber wiederum durch intrauterin sich im Foetus abspielende pathologische Processe hervorgerufen werden kann. Diese beiden Momente congenital durch Hemmungsbildung entstanden und congenital erworben sind wohl zu unterscheiden. Ob nun in einem gegebenen Falle das eine oder das andere das Wahrscheinlichere wäre, danach muss man vor allem in der Entwickelungsgeschichte nachforschen. Wenn ich kurz die embryologischen Verhältnisse recapituliren sollte, so besteht das Darmsystem zu einer Zeit des Foetallebens aus einem geschlossenen Darmrohr, welches im Vorder- oder Munddarm und in dem After- oder Enddarm blind endet, in dem Mitteldarm jedoch durch den lange Zeit offenbleibenden Ductus omphaloentericus mit der Nabelblase communicirt. Späterhin stülpt sich das Ectoderm gegenüber der Munddarmkuppe einerseits und der Afterkuppe andererseits von aussen ein, die beiden Blindsäcke vorn und hinten nähern sich einander und es kommt zur Vereinigung des Ectoderms mit dem Entoderm, zur Bildung einer Mund- und Afteröffnung. Später verödet auch der Ductus omphaloentericus und der Darm schliesst sich in der Mitte. Bleiben die eben erwähnten Vereinigungen des Darmes an diesen beiden Stellen — denn nur hier erfolgt die Bildung des Darmes aus einzelnen getrennten Teilen — aus, so erhält man Stenosen resp. Atresien am Oesophagus oder an der Uebergangsstelle des Sromanum in das Rectum, resp. am unteren Rectum. Und nur solches kann als Hemmungsbildung aufgefasst werden. Gerade Missbildungen am Enddarm sind nicht ganz selten. Anders hat vor einigen Jahren bei Gelegenheit einer eingehenden Arbeit über das operative Verfahren von analen und rectalen Atresien eine tabellarische Uebersicht über 100 derartige Atresien gegeben. Und seitdem könnte die Zahl bekannter Fälle noch um vieles angewachsen sein.

Deshalb, hat man es mit einer Atresie resp. Stenose an irgend einer anderen Stelle zu thun, muss man unbedingt nach der Entstehungsursache forschen, die eine derartige Schädigung des Organismus im foetalen Leben hervorbringen konnte. Zu bemerken ist es, dass schon Theremin auf Grund einiger Literatur und seiner 15 beobachteten Fälle zum Schlusse kommt, dass, wenn auch an verschiedenen Stellen des Darmes Stenosen und Atresien vorkommen, sich doch Praedilectionsstellen finden und zwar: vorwiegend im Duodenum und nahezu am Coecum. Nach Fiedler ist gleichfalls das Duodenum bevorzugt, nächstdem das Ileum. Bei Silbermann fallen 24 Fälle aufs Dodenum, 33 auf das Jejuno-ileum. Unter den von mir in der Literatur gefundenen Fällen war 31 mal das Duodenum bei dem Darmverschluss beteiligt. Wuensche, der im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall von angeborenem Verschluss des Pylorus, des Duodenums und der Flexura sigmoidea einige Betrachtungen über den uns beschäftigenden Gegenstand anstellt, meint, dass es nach den Darstellungen Kölliker's nicht ganz unmöglich wäre, dass eine Entstehung von Duodenalverschliessungen in die Zeit falle, wo die Schleife des Mitteldarms noch im Nabelstrang liegt, und indem die Drehung der beiden Schenkel dieser Schleife stattfindet.

Was die Ursache einer Hemmungsbildung ausmachen könnte, das zu untersuchen, ist nicht hier am Platz, dem nachzuforschen könnte uns zu weit führen. Eine fehlerhafte foetale Anlage aus unbekannten Gründen muss

häufig als genügender Grund angenommen werden. Erblichkeit spielt eine grosse Rolle. Preuss erwähnt auch die Möglichkeit einer nervösen Beeinflussung, indem eine psychische Erregung, ein psychischer Reiz der Mutter häufig die Causa movens abgebe für viele mechanische Vorgänge, deren Resultat dann die Missbildung ist.

Für das Zustandekommen einer congenital erworbenen Darmocclusion muss in der Mehrzahl der Fälle ein entzündlicher Process verantwortlich gemacht werden. Häufig gelingt es jedoch nicht mehr ihn nachzuweisen. Oftmals bleibt es ganz unklar, warum solch ein Process, der zu so schwerwiegenden Consequenzen geführt hat, im gegebenen Falle sich abgespielt hat, was ihn veranlasst hat. Auch im vorliegenden Krankheitsfalle muss unaufgeklärt bleiben, warum hier eine Peritonitis entstanden ist. Weder Lues — und das soll nach Ansicht vieler Autoren die hauptsächlichste Ursache für Peritonitis foetalis chronica abgeben — noch Tuberculose der Eltern konnten anamnestisch eruirt werden. Ob nun das geringfügige Trauma, — die Mutter ist im VI. Monat der Schwangerschaft einmal gestolpert — dazu den Anlass gegeben hat, muss jedenfalls als sehr fraglich dahingestellt werden. (Ich will noch später darauf zurückkommen). Dass eine Peritonitis adhaesiver Natur sich im Foetalleben abgespielt hat, dafür giebt uns der Sectionsbefund genug der Beweise: Beachten wir nur die fibrösen Stränge und Membranen, welche sich sowohl zwischen den einzelnen Darmschlingen hinziehen, als auch letztere an einander und an das Peritoneum parietale kitten. Dafür sprechen die Perihepatitis, Perisplenitis, die abnorm vergrösserten Mesenterialdrüsen in dem verdickten Mesenterium. Denken wir auch noch an den Körper, welcher durch fibröse Stränge an die Leber fixirt beim Eröffnen der Bauchhöhle sich dem Auge präsentirte und der sich als sog. Convolut von strangförmig contrahirten zusammengeballten Darmschlingen, die durch Bindegewebe zusammengehalten wurden, herausstellte. Beachten wir endlich den Umstand, dass in unserem Falle das Omentum majus scheinbar fehlte, welches nach Theremin in derartigen Fällen stets verkürzt und rudimentär entwickelt ist. Jedenfalls sind wir glücklicher dran als viele der Autoren, weil es uns möglich ist im gegebenen Falle eine foetale Peritonitis für die entdeckten Störungen verantwortlich zu machen. Theremin hat nur in ein paar seiner Fälle solche handgreifliche Hinweise auf eine Peritonitis gehabt, nichts desto weniger äussert er sich dahin, dass, wenn auch in den meisten Fällen keine Zeichen von Peritonitis gefunden worden sind, alle dennoch als durch selbige entstanden zu denken sind. Jedenfalls müssen abnorme Mesenterialdrüsen, abnorm stark entwickelte Peritonealligamente, zu kurzes oder mangelhaftes omentum majus, verdicktes Mesenterium als Residuen entzündlicher Processe, einer foetalen Peritonitis, entstanden in der ersten Hälfte des Foetallebens, angesehen und als ursächliches Moment für die Darmocclusion erachtet werden. Silbermann, den wir schon mehrfach Gelegenheit hatten zu nennen, hat 1882 eine eingehende Arbeit über Bauchfellentzündung Neugeborener verfasst. Er sagt nun, dass, obgleich noch im Ganzen die Erklärungen von Darmocclusion ziemlich hypothetisch sind, doch am meisten plausibel folgende Entstehungsursachen wären: 1) Foetale Peritonitis und 2) Foetale Achsendrehung. Ob nun Peritonitis primär und Achsendrehung secundär oder umgekehrt, sei kaum zu unterscheiden. In seiner Arbeit wird Bednar citirt, der 1850 auf Grund einer Zusammenstellung von 186 an Peritonitis verstorbenen Kindern, von welchen 102 in die I und II Woche fielen und 62 in die III und IV Woche, einen Beweis dafür zu liefern glaubt, dass die Peritonitis der Neugeborenen im Kindesalter am häufigsten sei. Dabei handle es sich meist um die chronische nicht septische Form der Peritonitis, zum Unterschied von der septischen, acut verlaufenden. Der Beginn der Peritonitis falle schon meist in die Zeit des ersten Drittels des Foetallebens, der Verlauf sei ein langsamer, nicht stürmischer. Simpson habe bereits 1838 ein pathologisches Bild dieser Peritonitis entworfen. «Nach Simpson sei diese Form der Peritonitis nicht nur auf die Serosa der Leber und Milz beschränkt, sondern auch hin und wieder sei der Darm in Mitleidenschaft gezogen und dann komme es zu den verschiedensten Störungen bezüglich der Durchgängigkeit des Darmrohres. Am häufigsten führe die foetale Peritonitis zur Atresia ani, seltener zur Stenose resp. zur völligen Atresie des Dünndarms».

An dieser Stelle sei es mir gestattet als Gegensatz zu dem eben angeführten, einen Fall aus der Literatur mitzutheilen, in welchem es sicher fest steht, dass keine Peritonitis vorgelegen habe. Kristeller schildert nämlich einen Fall, wo ein drei Tage altes Kind zur Section kam, das fortwährend erbrochen hatte, aber keine Stuhlentleerung gehabt hatte. Der Dünndarm und Colon ascendens waren wurstartig erweitert und mit Meconium angefüllt, Leber angeschwollen, verhärtet. Das Colon transversum, descendens sehr eng, contrahirt und leer. Die vergrösserte Leber hatte auf das Colon transversum gedrückt und den Durchgang des Meconium verhindert. Keine Lues! Sonderbar ist es, dass die Eltern in diesem Kinde ihr drittes verloren haben unter denselben Erscheinungen.

Erwähnt wurde bereits, dass Peritonitis und Achsendrehung oftmals in wechselseitigem Verhältniss stehen. Nach Epstein und Soyka ist auch für das Entstehen von Volvulus praedisponirend das Vorhandensein eines zu langen Mesenteriums, welches letztere, nebenbei gesagt, auch das Zustandekommen von Invaginationen begünstige. Sie führen einen Fall an, wo Volvulus durch ein Trauma während der Geburt bei zu langem Mesenterium entstanden war. Es handelte sich um eine Sturzgeburt. Einen Fall, welcher durch vorhergegangene Invagination erklärt wird, theilt Chiari mit. Kirchner veröffentlichte wieder 1886 einen Fall von Atresia jejuni, wo er den Darmverschluss für eine Folge einer innerhalb des Foetallebens stattgefundenen Enteritis und Peritonitis mit Achsendrehung hält.

In unserem Falle ist nun das Vorhandensein einer abgelaufenen Peritonitis foetalis ausser jedem Zweifel, nur kennen wir nicht die Ursache für dieselbe. Die Möglichkeit eines vorhanden gewesenen Volvulus ist sehr wahrscheinlich, betrachtet man die aneinander gelöteten Schenkel der Darmschlinge, wie es in dem Körper, welchen wir anfangs nicht deuten konnten, der Fall ist. Mit Bestimmtheit können wir jedoch auch hier nicht sagen, ob Volvulus ob Peritonitis das primäre gewesen ist. Wäre es da vielleicht nicht möglich an eine traumatische Causa movens für die angerichtete Verödung des Darmes zu denken? Vielleicht ist auch ein geringes Trauma vor sich gegangen, das diese grossen Folgen gehabt hat, chronologisch früher, als das Stolpern der Mutter im VI Graviditätsmonat. Die Mutmassung solch eines Accidents könnte durch den Umstand gerechtfertigt werden, dass der pathologische Befund uns einen älteren Process vermuten lässt. In diesem Punkte ergeht es uns nicht viel besser, als Anderen, die gleichfalls nicht präcise bestimmen konnten, wie der Krankheitsprocess vor sich gegangen, warum er stattgefunden, wie die einzelnen Phasen desselben sich abgespielt haben, bis endlich das vorhanden ist, was die Section zum Vorschein gebracht hat.

Den Gang und die Entwicklung der Sachlage können wir uns etwa folgendermassen erklären: eine Peritonitis spielte sich ab, es habe auch eine Achsendrehung statt gefunden. Nachdem eine vollständige Durchtrennung

des Darmrohres erfolgt wäre, hätte sich das obere Ende zum Blindsack geschlossen, lange Zeit aber neben oder in unmittelbarer Nähe mit dem distalen, durch peritonitische Membranen verbackenen und in seiner späteren Lage unterhalb des rechten Leberlappens fixirten Darmtheil, gelagert. Bis dann der obere Theil ausgedehnt und aufgebläht durch die Ansammlung von Meconium, Speise, Luft, ins kleine Becken mit dem blindsackartigen Ende gesunken ist, wo wir ihn bei der Section entdeckt haben.

Was die Verhältnisse betrifft, wie sie bei den von mir in der Literatur gefundenen Fällen von Darmverschluss, von Atresia intestini, vorhanden waren, so ist zu sagen, dass dieselben häufig ähnlich denjenigen des oben beschriebenen waren. Nur konnte ich nirgends eine derartig grosse Dislocation der aufeinanderfolgenden, aber nun durchtrennten Darmtheile erwähnt finden. Letztere wurden gewöhnlich durch Blindsäcke dargestellt, die frei neben einander entweder nur durch das Mesenterium zusammenhängend lagerten, oder aber durch einen schmalen, mehr oder weniger langen Strang noch mit einander verbunden waren. Der bis zur Atresie gehende Darmtheil mit dem Magen war stets stark ausgedehnt, gebläht, hinter der Atresie waren die Darmpartieen stark contrahirt, gänsefederkieldick, aber durchgängig, mit Schleim, Detritus vollkommen im Lumen angefüllt. Der Darm befand sich gewöhnlich normal gelagert. Einen stark entwickelten, resp. besonders langen Wurmfortsatz, wie er auch in unserem Falle zu sehen war, erwähnt noch einmal Ferber. Die in der Literatur gefundenen analogen Fälle, welche jedoch natürlich in jedem einzelnen derselben individuelle Verschiedenheiten aufweisen, will ich hier nicht sämmtlich anführen. Das könnte die Mittheilung nur in die Länge ziehen. (Die benutzten Quellen sollen jedoch der Arbeit, ihrer Vollständigkeit wegen, beigefügt werden.) Hinzufügen möchte ich nur, dass in den meisten Fällen von Darmverschluss Icterus — vermuthlich hepatogener Natur — angeführt wird.

Nach Silbermann beginnen foetale Peritonitiden am häufigsten im ersten Drittel des Foetallebens, nach Theremin entstehen congenitale Darmocclusionen meistens in der ersten Hälfte des Foetallebens. Auch in unserem Falle wird wohl der Process in die Zeit zurückzudatiren sein. Die Frage liegt nahe, ob man nicht aus dem Vorhandensein von mehr oder weniger Meconium im zweiten, hinter der Atresie gelegenen Darmabschnitt den Zeitpunkt des Verschlusses bestimmen könnte? Durch die Embryologie erfahren wir aber, dass, da bereits im zweiten Monate des menschlichen Entwickelungslebens die Gallenblase gebildet ist, es anzunehmen sei, dass auch die Gallenbereitung ziemlich früh beginnt. Anfangs soll die Galle farbstoffarm sein und sich als eine schwachgelbliche Flüssigkeit darstellen. Nach Zweifel enthält die Galle bereits im dritten Monat aber schon Gallensäuren und Gallenfarbstoff (Schenk).

In sämmtlichen Fällen von Atresie ist die Prognose absolut ungünstig. Nach Silbermann beträgt die mittlere Lebensdauer für Atresien des Duodenums $4^{2}/_{8}$ Tage, für Atresien des Jejunoileums $7^{3}/_{11}$ Tage. Es ist ja klar, dass solch' eine geringe Darmschleimhautoberfläche durchaus unzulänglich ist genügender Resorption und Ernährung zu dienen. Ob überhaupt Resorption in solch' einem Darmtheil, der durch die übermässige Dehnung einigermassen alterirt ist stattfinden kann, ist fraglich.

Der Anus praeternaturalis war im vorliegenden Falle an einer relativ günstigen Stelle, nicht zu weit vom blinden Ende angelegt. Wie ohnmächtig wir indess in therapeutischer Beziehung einer ausgedehnten Darmstenose gegenüberstehen, beweist allein die kurze Strecke, die überhaupt dadurch am Darme für die Ernährung des Kindes gewonnen wurde. Solche Fälle, wie der vorliegende, bilden einen Gegensatz zu den stenotischen Einschnürungen in kurzer Ausdehnung, welche mittelst Laparotomie und Resection der Darmpartie eventuell beseitigt werden können. Sie erweisen sich daher dem therapeutischen Eingriffe als überhaupt nicht zugänglich.

Benutzte Quellen.

1. Theremin, Deutsche Zeitschr. für Chir. VIII. 1. 1877.
2. Hempel, Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. VI. p. 381.
3. Fiedler, Arch. d. Heilkunde. V. 1. 1864.
4. Silbermann, Jahrb. für Kinderheilk. n. F. XVIII.
5. Anders, Langenbeck's Archiv. Bd. XLV. Heft 3.
6. Wuensche, Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. VIII.
7. Preuss, Berliner Klinik. 1892. Nr. 51.
8. Kristeller, Monatsschrift für Geburtskrankh. XXXI. 5.
9. Epstein und Soyka, Prag. med. Wochenschr. 1878. Nr. 47 und 48.
10. Kirchner, Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nr. 27.
11. Ferber, Jahrb. f. Kinderheilk. n. F. VIII.
12. G. Fischer, Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXI. 5 u. 6. 1891.
13. Thomson, Schmidt's Jahrb. 237. pg. 47.
14. Dohrn, Jahrb. f. Kinderheilk. I. 1868.
15. Wallmann, Wiener Wochenschr. XVII. 1861. Nr. 32.
16. Streubel, Schmidt's Jahrb. 101. pg. 327.
17. Hobson, Врачъ 1893. (The British Medical Journal 25/IV. 1885 und Transaction of the London pathol. Society 1893).
18. Cassel, Berl klin. Wochenschr. 1892. 17/X.
19. Chiari, Prag. Wochenschr. 1888. Nr. 37.
20. Tobeitz, Archiv f. Kinderheilk. VII. Heft 2. 1886.
21. Demme, Bericht des Jenner'schen Kinderspitals XX. pg. 54.
22. Körte, Berl. klin. Wochenschr. 1894. Nr. 42.
23. Hüttenbrenner, Jahrb. f. Kinderheilk. IX. p. 1.
24. Schenk, Lehrbuch der Embryologie des Menschen und der Wirbelthiere. 1896.
25. А. Якоби, Болѣзни кишечника младенческаго и дѣтскаго возраста. 1893. Переводъ Д-ръ Моссина изъ «The Physicians Leisure Library. Nr. 6. Vol. I. u. II.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Letzmann und Neumann, Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speciellen bakteriologischen Diagnostik. (Letzmann's medic. Handatlanten Bd. X) München, Letzmann.

Ein sehr empfehlenswerthes Werk, dessen Verff. sich ein grosses Verdienst erworben haben den Wust mehr oder minder sorgfältig als «wohl characterisirte Species» beschriebener Bacterienarten kritisch zu sichten. Dadurch, dass die Verff. die allermeisten der von ihnen ausführlicher beschriebenen Arten selbst eingehend nachgeprüft haben (und dieser ist eine grosse Reihe), konnten sie zahlreiche der in der Litteratur angefürten Arten als indentisch, resp. sie als blosse Varianten bekannter Species, erkennen, und das riesige Gebiet zu einem übersehbaren gestalten. Die «Schlüssel zur Artbestimmung», die einem jeden der Hauptstücke im spec. Theile vorgesetzt sind, geben in möglichst natürlicher botanischer Anordnung und in klarer Knappheit eine vortreffliche Uebersicht über den betr. Abschnitt. Jedes Schema, in das ein Zweig der biologischen Wissenschaften gepresst wird, wird diesem naturgemäss Gewalt anthun; zum practischen Arbeiten bedarf man aber unbedingt eines solchen kurzen Führers, und wenn im Schema in so weitem Maasse, wie im vor

liegenden Falle auf die natürliche Artenverwandschaft Rücksicht genommen wird, merkt man die Gewalt nicht sehr. Das Bestimmen der Arten geht nach diesem Buche so bequem von Statten, wie nach keinem anderen Werke.

Der Atlas bringt auf 63 sorgfältig ausgeführten Tafeln fast alle wichtigen pathogenen, sowie viele chromogene, saprogene und zymogene Arten meist in originalen Abbildungen; dass einzelne darunter stark schematisirt sind, dürfte den Werth des Ganzen kaum in den Augen eines Einsichtigen herabzusetzen im Stande sein.

E. Nitzelnadel: Therapeutisches Jahrbuch. Sechster Jahrgang. Franz Deuticke. Leipzig und Wien 1896.

Wie in den vorhergehenden Jahren so erschien auch vor kurzem nun schon der VI. Jahrgang des «Therapeutischen Jahrbuchs», enthaltend kurze therapeutische Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journal-Literatur des Jahres 1895. Der Stoff ist in zwei Abschnitten geordnet. Zunächst sind in den nach den Krankheiten alphabetisch angeordneten Capiteln Mittel, Recepte und andere therapeutische Verfahren, welche theils im letzten Jahre neu eingeführt oder Modernisirungen alter darstellen, angeführt. Alsdann im zweiten Abschnitte hat man wiederum alphabetisch angeordnet die neuen Pharmaka mit Angabe der Erfinder, Fabriken, die sie darstellen, der Indicationen. Hecker.

Dr. Richard Fleischer (Professor an der Universität Erlangen). Specielle Pathologie und Therapie der Magen- und Darm-Krankheiten. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1896.

Das vorliegende Werk ist ein Theil des bekannten Fleischer'schen Lehrbuches der inneren Medizin, der von dem Bergmann'schen Verlage gesondert herausgegeben worden ist. Die Vorzüge, welche das Lehrbuch den Studirenden und praktischen Aerzten bietet, — die übersichtliche Darstellungsweise des Stoffes, die klinischen Schilderungen der Krankheiten sind bereits in unserer Wochenschrift hervorgehoben worden. Ein nicht geringeres Lob verdient auch die Darstellung der Magen-Darmkrankheiten, die sich durch Einfachheit und Klarheit auszeichnet und namentlich den praktischen Bedürfnissen des Diagnostikers und des Therapeuten gerecht wird. Wir wünschen diesem Werke eine weite Verbreitung in den Kreisen der praktischen Aerzte. Abelmann.

Penzoldt und Stintzing, Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. СПб. 1896. Изданіе Риккера.

Uns liegen die 4.—9. Lieferung dieses Werkes vor. Die Uebersetzung schreitet also programmmässig fort. Lieferung 4 und 6 enthalten die Krankheiten der Athmungsorgane von Jürgensen, Schmied, Kiesselbach, Schech und Angerer, Lieferung 5 und 9 die Fortsetzung der Infectionskrankheiten von Ganghofner, Rumpf, Kartulis, Ziemssen, Frommel, Cochran (gelbes Fieber), Maragliano, Danielssen, Garré, Babes, Merkel und Bürkner. Lieferung 7 bringt die Fortsetzung der Erkrankungen der Verdauungsorgane, bearbeitet von Heineke, Heubner und Penzoldt. Die Therapie der Vergiftungen wird in Lieferung 8 von Binz, Schuchardt, Wollner und Husemann besprochen. Uebersetzung und Ausstattung dieser Lieferungen machen der Verlagshandlung nur Ehre. B.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

609 Sitzung am 1. October 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Wulff berichtet über folgenden Fall von Kleinhirnabscess.

L. T. 29. a. n., Anstreicher, litt seit Jahren an Schmerzen im rechten Ohr. Seit 2 Jahren besteht Otorrhoe, welche bald remittirt, bald exacerbirt, und völlige Taubheit auf dem rechten Ohr. Sonst ist er immer gesund gewesen: hereditäre Belastung nicht nachzuweisen. Eine plötzliche Verschlimmerung aus unbekannter Ursache trat am 9. Juni 1896 auf, und liess sich Pat. am 17. Juni in's Obuchow-Hospital aufnehmen mit Klagen über allg. Unwohlsein, Fieber, Kopfschmerz und Schmerz im rechten Ohr.

Status praes. 17. Juni: Ausfluss dicken fötiden Eiters aus dem rechten Gehörgang, welcher durch einen grossen Granulationspolypen so stark verlegt war, dass das Trommelfell unsichtbar blieb. Ueber dem Proc. mastoideus nur leichte Schmerzhaftigkeit; grössere, aber nur bei Druck, nach vorn und unten von ihm, am vorderen Rande des Kopfnickers. Auf dem Proc. mastoid. keine objectiv wahrnehmbaren Veränderungen. Innere Organe normal. Auf den Conjunctivae kaum sichtbarer Icterus. Obstipation. Temper. ca. 38°, und blieb auf dieser Höhe bei unverändertem Allgemeinzustand. Am 5-ten Tage 39°,5 (kein Schüttelfrost), bedeutende Verschlimmerung, sehr starke Kopfschmerzen, Schwindel, Uebelkeit (aber kein Erbrechen), psychische Depression, Puls 58. Der Ausfluss aus dem Ohr spärlich, sehr fötid. Die objectiven Erscheinungen in statu quo ante: keine locale Schmerzhaftigkeit am Schädel, kein Unterschied in der Füllung der Vv. jugulares ext., kein localer Temperaturunterschied.

In Anbetracht des schweren Allgemeinzustandes einerseits, andererseits des Fehlens von Erscheinungen von Seiten des Proc. mastoid., lag die Annahme einer beginnenden schweren endocraniellen Complication nahe, wobei aus Anlass der Schmerzhaftigkeit über dem oberen Theil der V. jugularis int. sich der Verdacht auf Sinusthrombose aufdrängte.

Am selben Tage, 21. Juni, in Narcose Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, welcher sich als ungemein stark sclerosirt erwies. Die Cellulae mastoideae fast verödet, in den tieferen, zum Sinus hin, spärliche blasse Granulationsherde, kein Eiter. Eröffnung des Sulcus transversus an der Stelle seines Ueberganges zur Fossa sigmoidea und Freilegung des Sinus bis etwas über dessen Umbiegungsstelle nach unten, in der Ausdehnung von ca. 2,5 ccm. Der periphere Theil des Sinus erwies sich als thrombosirt; dieser Partie entsprechend zwischen äusserer Sinuswand und Knochen missfarbige Granulationen und einige Tropfen dicken stinkenden Eiters: im unteren Theil des Sinus Pulsation. Da infolge der excessiven Knochensclerose sich die Operation stark in die Länge gezogen hatte, und der Puls schwach wurde, so wurde auf Unterbindung d. V. jugularis int. und Eröffnung des Sinus verzichtet: Ausräumung der Granulationen, Reinigung der Wunde, Tamponade.

Tags darauf Temperaturabfall, Puls 76, bedeutende Hebung des Allgemein zustandes; keine Nackensteifigkeit mehr. Doch schon am dritten Tage Wiederauftreten von Kopfschmerzen, Apathie und Nackensteifigkeit, bei normaler Temp. und einem Puls von 72. Die Wunde ganz rein, aber der Sinus auf der ganzen freigelegten Strecke thrombosirt, die Schmerzhaftigkeit über der V. jugul. int. verschwunden. Bei der Abtastung des Sinus drang die Sonde an einer Stelle zwischen seiner inneren Wand und dem inneren Rande des Sulcus transversus etwa 2 ccm. tief ein, worauf sich 3—5 ccm. trüber seröser Flüssigkeit und darauf einige Tropfen anscheinend normalen Liquor cerebrospinalis entleerten; an dieser Stelle wurde ein feines Drain eingelegt. — Nach kurzer Besserung wurde in den folgenden Tagen der Allgemeinzustand immer schwerer, Kopfschmerzen, Somnolenz und Apathie nahmen immer mehr zu, es stellten sich Uebelkeit und Brechneigung wieder ein (Erbrechen erfolgte nicht). der Puls wurde hart und gespannt, 56—58. Die am 24. Juni vorgenommene ophthalmoscopische Untersuchung ergab nichts Positives. — Endlich, am 27. Juni Bewusstlosigkeit, grosse Unruhe, Delirien. Puls 56, leicht arhythmisch; Respiration tief, regelmässig, 18 Temperatur normal. Pupillen leicht dilatirt, reagiren träge. Keine Sensibilitätsstörungen. Keine Lähmungen. Keine Krämpfe, aber wiederum Rigidität der Nackenmusculatur, und jetzt auch der Extremitäten. Incontinentia alvi et urinae. Abmagerung. Dabei war die Wundhöhle vollkommen rein; auch im, am 23. Juni eingeführten, Drain keine Spur von Secretion.

Es war klar, dass eine schwere endocranielle Complication vorlag. Zur Formulirung einer bestimmten Diagnose war aber das Krankheitsbild zu unbestimmt. Dass aber Pat. ohne einen weiteren Eingriff seinem Leiden erliegen würde, war ziemlich sicher. Deswegen wurde am 27. Juni unter Chloroform zur explorativen Craniotomie nach v. Bergmann geschritten.

Nach Entfernung eines Rechtecks von 2,5 × 2 cm. aus der Schuppe des Schläfenbeins praesentirte sich die Dura, völlig normal, aber nicht sichtbar pulsirend; nach Freilegung des Tegmen tympani erwies sich auch dieses als normal. Die Punction des Seitenventrikels durch die uneröffnete Dura hindurch ergab 5—6 ccm.^{3} klarer Flüssigkeit. Darauf wurde nach hinten zu der Knochen noch weiter entfernt, bis der ganze Sinus transversus frei lag; auch hier wurde, ausser enormer Sclerose des Knochens, nichts gefunden. — Jetzt wurde als ultimum refugium, an der Stelle, von wo am 23. Juni bei der Sondirung trübe seröse Flüssigkeit abgeflossen war, eine Probepunction nach hinten, unten und innen, in der Richtung der hinteren Schädelgrube, gemacht; aus einer Tiefe von 3 ccm. wurde dieselbe trübe Flüssigkeit aspirirt, und bei vorsichtigem Vordringen, aus einer Tiefe von 4 ccm., dicker stinkender Eiter. — Ueber dem durch die Craniotomie gesetzten Knochendefect wurden die Weichtheile genäht, der Rest der Wunde fest tamponirt, und dann, nach Freilegung des äusseren Endes der Linea arcuata sup., direct unterhalb desselben eine Oeffnung von ca. 2 ccm. im Durchmesser im Hinterhauptbein angelegt. Auch hier erwies sich die Dura als normal, und dann, Frei-

tion: Eröffnung derselben durch Kreuzschnitt: die Kleinhirnoberfläche ebenfalls von normalem Aussehen. Function nach vorn unten ergab in 3 ccm. Tiefe Eiter. Quere Spaltung des Abscesses mit einem längs der Canüle eingeführten Scalpell. Wenig dicker fötider Eiter. Mittelstarkes Drain von 4 ccm. Länge. Zwischen Dura und Kleinhirnoberfläche wurden feine Tampons eingeschoben. Aseptischer Verband.

Sofort mit Eröffnung des Abscesses stieg der Puls von 56 auf 84 Schläge. — Abends ruhiger Schlaf, keine Delirien. Am anderen Tage volles Bewusstsein. Puls 84. Pupillen normal. Rigidität des Nackens und der Extremitäten geschwunden. Die Temperatur, welche seit dem 23. Juni normal gewesen war, blieb es auch weiterhin.

Langsame aber stetige Besserung. Nur an drei Tagen, wo sich das Drain als verlegt erwies, Wiederauftreten der früher beobachteten Erscheinungen. (jetzt aber auch einige mal Erbrechen), welche nach Verbandwechsel prompt schwanden.

Die Eiterung blieb lange profus und fötid. Erst vom 13ten Tage an wurde der Eiter dünner, spärlicher und verlor seinen Geruch. Am 22ten Tage war die Abscesshöhle von Granulationen ausgefüllt, so dass das Drain gekürzt werden musste: entfernt wurde es am 29ten Tage post op. — Die Wunde über der mittleren Schädelgrube heilte per primam, die Wunde über dem Proc. mastoideus per granulationem, ohne besondere Zwischenfälle.

Von den Hirnerscheinungen waren Bewusstlosigkeit und Nackenstarre schon am Tage nach der Operation verschwunden. Somnolenz und Apathie liessen langsam nach bis zum 6-ten Tage. Die Kopfschmerzen hielten sich ca. zwei Wochen, obgleich in geringer Intensität. Schwindel trat zeitweilig noch nach mehr als einem Monat auf, besonders bei brüsken Bewegungen. — Aufgestanden ist Pat. 4 Wochen post op., und war schon nach einigen Tagen im Stande, sich ganz sicher fortzubewegen. Von «cerebellärem» Gang ist nichts zu sehen.

Gegenwärtig ist Pat. vollkommen wohl. Auch die Otorrhoe hat sich unter Behandlung mit Alcohol in steigender Concentration bedeutend gebessert, und das Gehör ebenfalls, obgleich noch deutliches Ueberwiegen der Kopfknochenleitung über die Luftleitung besteht.

2. Herr Anders: Ueber den gegenwärtigen Stand der Therapie der angeborenen Hüftgelenkluxation (Der Vortrag wird in der St. Petersburger Med. Wochenschrift gedruckt werden).

Vermischtes.

— In dem Bestande des Comités des in Moskau stattfindenden XIII. internationalen medicinischen Congresses sind mehrere Veränderungen zu verzeichnen: Zum Präsidenten des Organisations-Comités ist der Director des St. Petersburger klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Prof. Dr. Sklifassowski, und zum Vicepräsidenten der Moskauer Professor Dr. Klein (Patholog) gewählt worden. An Stelle der aus dem Executiv-Comité ausgetretenen Professoren Ostroumow und Erismann sind zu Gliedern des Comités die Moskauer Professoren Joh. Ognew (Histolog) und Scherwinski (Therapeut), und sowie zu deren Stellvertretern die Moskauer Professoren Nikiforow (Patholog) und Krjukow (Ophthalmolog) gewählt. Generalsecretär ist, wie wir bereits gemeldet haben, der Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Woldemar Roth (Neurolog), geworden.

— Zum Präses der Verwaltung der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow, ist an Stelle Prof. Erismann's, welcher Russland verlassen hat, der Moskauer Professor Dr. Alexander Bobrow (Chirurg) gewählt worden.

— An der hiesigen militär-medicinischen Academie hat sich mit Genehmigung der Conferenz der genannten Academie Dr. Dolganow als Privatdocent für Augenheilkunde habilitirt.

— In Kasan ist der ausserordentliche Professor der allgemeinen Pathologie an der dortigen Universität, Dr. Alexis Chorwat, aus dem Dienst entlassen worden.

— Verstorben: 1) Am 29. October in Dünaburg der dortige Arzt Dr. Rudolph Richter im 58 Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1859—1865 Medicin studirte. Nach Absolvirung seiner Studien liess er sich als Arzt in Dünaburg nieder, wo er von 1866—1885 als Kreisarzt fungirte und von 1885 an als praktischer und Eisenbahn-Arzt thätig war. 2) Am 31. October in St. Petersburg der Arzt beim Departement der allgemeinen Angelegenheiten des Ministeriums des Innern, Geheimrath Dr. Andreas Meinhardt, im Alter von 82 Jahren. Der Verstorbene hat 58 Jahre hindurch die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) In Omsk der Oberarzt des dortigen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. D. Welitschkowski, 55 Jahre alt, an Embolie des Gehirns. Der Verstorbene, welcher als ein sehr gebildeter Arzt galt, war Candidat der Naturwissenschaften und Doctor der Medicin und hatte 3 Jahre auf Kosten des Militärressorts im Auslande sich vervollkommnet, wo er namentlich mit der Hygiene bei Prof. v. Pettenkofer sich beschäftigte. 4) In Kiew der Ordinator der therapeutischen Klinik M. Wassiljew, der sich in einem Anfalle von Geisteszerrüttung vergiftet hat. 5) Die Aerztin Anna Koss. geb. Drushinina, welche als Landschaftsärztin im Kirchdorf Ismailowo in Gouvernement Twer seit 10 Jahren die ärztliche Praxis ausübte. 6) Am 3. November n. St. in Freiburg der Professor der Chemie an der dortigen Universität Dr. Eugen Baumann, der noch vor Kurzem durch die Darstellung des Thyrojodins sich einen Namen in der ganzen wissenschaftlichen Welt gemacht hat, im 50 Lebensjahre. B. war anfangs Assistent von Prof. Hoppe-Segler in Tübingen und Strassburg, dann Leiter der physiologisch-chemischen Abtheilung des physiologischen Instituts in Berlin, bis er 1883 einem Rufe nach Freiburg als Ordinarius der Chemie Folge leistete. Obschon von Hause aus nicht Mediciner, hat Baumann durch die Einführung des Sulfonals und Trionals als Hypnotica, namentlich aber durch seine oben erwähnten fundamentale medicinische Entdeckung, die medicinische Wissenschaft wesentlich gefördert.

— Wie der Präsident Prof. v. Pettenkofer in der vor Kurzem stattgehabten Festsitzung der bayrischen Academie der Wissenschaften mittheilte, ist Dr. Ludwig, Prinz von Bayern, zum Ehrenmitgliede dieser Academie gewählt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Grashey's, dem bekanntlich die Leitung des Medicinalwesens in Bayern übertragen wurde, ist der bisherige Erlanger Professor Dr. Anton Bumm auf den Lehrstuhl der Psychiatrie in München berufen worden.

— Zu dem von der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit anlässlich der Centenarfeier der Pockenimpfung ausgeschriebenen Concurs sind 20 Werke über die Pockenimpfung in russischer, deutscher, englischer und französischer Sprache eingelaufen, welche gegenwärtig von einer Commission, bestehend, aus den Professoren Lukjanow (Vorsitzender) und S. Botkin, Dr. Rauchfuss, Dr. Hubert, Dr. Nikolski, Dr. Snitkin und den Privatdocenten Geissler, A. Sokolow und van Puteren, geprüft werden.

— Um ihren Collegen und Dienstgenossen den älteren Ordinator Dr. I. Traugott, welcher nach Ausdienung der gesetzten Dienstfrist seinen Abschied genommen hat, zu ehren, haben die Aerzte und Angestellten des Nikolai-Militärhospitals 100 Rbl. unter sich gesammelt und der Gesellschaft zur Unterstützung mittelloser Studenten der mil.-med. Academie gespendet.

— Prof. Dr. Robert Koch ist mit dem Stabsarzt Dr. Kohlrausch einer Aufforderung der Capregierung gefolgt, um Untersuchungen über die seit längerer Zeit in Südafrika, namentlich aber im Caplande herrschende Rinderpest anzustellen.

— Der ausserordentliche Professor für innere Medicin Dr. Dinkler, hat seine Lehrthätigkeit an der Heidelberger Universität aufgegeben und die Leitung des Krankenhauses in Aachen übernommen. (A. m. C.—Ztg.)

— Der Alvarenga-Preis, welcher in diesem Jahre nicht zur Auszahlung gelangte, wird im nächsten Jahre im Betrage von 160 Pfund für die beste, noch nicht im Druck erschienene medicinische Arbeit verliehen werden. Die Arbeiten müssen bis zum 1. Mai 1897 bei der «Aerztlichen Gesellschaft in Philadelphia» eingereicht werden.

— Von der Berliner Polizei wird in letzter Zeit, wie wir der Allg. m. C.—Ztg. entnehmen, gegen die Naturheilinstitute und Vertreter der Naturheilkunde mit äusserster Strenge vorgegangen. Sie hat denselben verboten, in ihren Firmenbezeichnungen sowie sonstigen Veröffentlichungen alle sich auf das Heilwesen beziehenden Hinweise, wie Naturheilkundiger, Vertreter der Naturheilkunde Kurbad u. s. w. in Zukunft anzuwenden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. October d. J. 7582 (38 mehr als in d. Vorw.), darunter 1060 Typhus — (15 wen.), 881 Syphilis — (21 mehr), 108 Scharlach — (4 wen.), 110 Diphtherie — (20 mehr), 13 Masern — (1 wen.) und 24 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Am 2. Nov. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7619 (37 mehr als in der Vorwoche), darunter 1008 Typhus — (52 wen.), 890 Syphilis — (9 mehr), 107 Scharlach — (1 wen.) 118 Diph-

therie — (8 mehr), 13 Masern (0 mehr) und 27 Pockenkranke (3 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. October 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
283	195	478	88	31	55	16	6	14	59	63	39	44	32	25	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 24, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 12, Diphtherie 17, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 29, Todtgeborene 26.

Für die Woche vom 27. Octbr. bis 2. Nov. 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
300	205	505	107	30	76	15	8	13	41	61	51	34	39	23	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 2, Scharlach 16, Diphtherie 29, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 39, Todtgeborene 27

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 12. November 1896.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. November 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9. кв. 9.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Знаменская ул., 36 кв. 73.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 8 Ноября 1896 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 16. (28.) November **1896**

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. Th. Hecker (diese Wochenschrift № 48, pag. 399, Spalte 1, Zeile 16 v. u.) muss es heissen

statt im IV Monat — «im VI Monat».

Die Calamität der geburtshülflichen Landpraxis.

Von

Ernst Hörschelmann.
Kirchspielsarzt in Kusal (Estland).

Es ist hinlänglich bekannt, wie weit die geburtshülflichen Verhältnisse auf dem Lande noch von dem zu erstrebenden Ideal entfernt sind. In den baltischen Provinzen ist der Mangel an tüchtigen Landhebammen sehr fühlbar. Obwohl hierauf mehrfach von fachmännischer Seite hingewiesen worden ist, ist doch bisher noch nichts zur Aufbesserung dieser Verhältnisse geschehen. Dieser Umstand hat mich bestimmt, auch meinerseits zu der Hebammencalamität in der Landpraxis das Wort zu ergreifen, angeregt durch die Erfahrungen einer dreijährigen practischen Thätigkeit im Kirchspiel Kusal in Estland. In dieser kurzen Zeit habe ich bereits mehrfache Gelegenheit gehabt, in die traurigen Hebammenverhältnisse unter dem estnischen Landvolk tieferen Einblick zu gewinnen. Meine Arbeit verfolgt den Zweck, durch in Estland gesammeltes statistisches Material und aus der Landpraxis der estländischen Aerzte angeführte Fälle einen weiteren Beitrag zur baltischen Hebammencalamität zu liefern. Behufs Sammlung des Materials habe ich mich an zehn meiner landischen Collegen gewandt, und sind mir in liebenswürdigster Weise statistische Daten und einschlägige Fälle aus der Praxis von ihnen zur Verfügung gestellt worden. Die von mir angestellte Enquête hat ergeben, dass selbst in den Kirchspielen Estlands, in welchen es Aerzte giebt, es gänzlich an Hebammen fehlt, die da auch nur einigermassen modernen Anforderungen genügen. Die einzige Ausnahme macht, soviel mir bekannt, der Flecken Leal. — Die Kirchspiele, aus denen mir Daten zur Verfügung stehen, sind folgende:

Hapsalscher Kreis:

1. Kirchspiel Leal.

Seelenzahl ca 4000.
Zahl der durchschnittlichen Geburten im Jahr c. 70.

Im Flecken Leal ist eine Hebamme ansässig, die in Dorpat ausgebildet worden ist. Arzt und Hebamme haben ausser im Lealschen eine ausgedehnte Praxis in den Nachbarkirchspielen, sowie auf der Insel Moon; daher kommen sie auch nur sehr selten dazu, gemeinsam die Praxis auszuüben.

2. Kirchspiel Merjama.

Seelenzahl 5700.
Zahl der durchschnittlichen Geburten im Jahr 160.

Im Kirchspiel lebt eine Frau, die vor Jahren einen Hebammencursus bei Dr. Schnell in Weissenstein durchgemacht hat, modernen Anforderungen, namentlich in Bezug auf Antisepsis und Asepsis aber keineswegs genügt.

Wesenbergscher Kreis.

3. Kirchspiel Simonis.

Seelenzahl 11,526.
Zahl der jährlichen Geburten 350—400.
Keine Hebamme.

4. Kirchspiel Klein-Marien.

Seelenzahl 8025.
Zahl der jährlichen Geburten 218.
Keine Hebamme.

Weissensteinscher Kreis.

5. Kirchspiel Marien-Magdalenen.

Seelenzahl 8807 (davon 4341 weiblichen Geschlechts).
Zahl der jährlichen Geburten 255.
Keine Hebamme.

Revalscher Kreis.

6. Stadt Baltischport und Umgegend.

Seelenzahl ca. 7000 (wovon 1000 auf die Stadt kommen).
Zahl der jährlichen Geburten 140.
Seit 20 Jahren ein Arzt, aber keine Hebamme.

7. Kirchspiel Haggers.

Seelenzahl 7800.
Zahl der jährlichen Geburten 240.
Im Kirchspiel leben zwei Frauen, die vor Jahren Hebammenunterricht in Weissenstein genossen haben, modernen Anforderungen aber keineswegs genügen.

8. Kirchspiel Kosch.

Seelenzahl 9909 (davon 5096 weiblichen Geschlechts).
Zahl der jährlichen Geburten 337,4 (Durchschnitt von 10 Jahren). Keine Hebamme.

9. Kirchspiel Rappel.

Seelenzahl 12,000.
Zahl der jährlichen Geburten 360.
Keine Hebamme.

10. Kirchspiel Jörden.

Seelenzahl 7000.
Zahl der jährlichen Geburten ca. 220.
Keine Hebamme.

11. Kirchspiel Kusal.

Seelenzahl ca. 8988.
Zahl der jährlichen Geburten 314,3 (Durchschnitt von 10 Jahren). Keine Hebamme.

Nur zwei Mal bin ich in den drei Jahren, die ich in Kusal practisire, mit aus Reval anwesenden gut geschulten Hebammen in der Bauerpraxis zusammengetroffen; ein glücklicher Zufall, denn ein College, der von Wesenberg aus seit zehn Jahren ausgedehnte Bauerpraxis treibt, hat in derselben nie eine geschulte Hebamme zu Gesicht bekommen.

In Livland liegen die Verhältnisse nicht viel anders, wie in Estland. Zum Vergleich ziehe ich ein Kirchspiel aus dem estnischen Theile Livlands hinzu:

Kirchspiel Talkhof im Dörptschen Kreise.

Seelenzahl ca. 5000.
Zahl der jährlichen Geburten 130.
Keine Hebamme.
Auch in dem 25 Werst entfernten Flecken Oberpahlen giebt es keine geschulte Hebamme. Der Arzt trifft in der Praxis 1—2 Mal jährlich mit Hebammen aus dem 42 Werst entfernten Jurjew (Dorpat) zusammen.

Die Landärzte Estlands werden geburtshülflich nur wenig in Anspruch genommen, fast nur in pathologischen Fällen.

Zwei Collegen haben mir die Angabe gemacht, dass sie jährlich nur 1—2 Geburten leiten. Die Durchschnittszahl stellt sich auf 9—10 Geburten im Jahr. Nur einer der Aerzte kommt auf 20—24 Geburten. Die geburtshülfliche Landpraxis ist daher überwiegend eine operative.

Anmerkung. Interessant ist die Statistik der von den Landärzten Estlands ausgeführten geburtshülflichen Operationen. Aus dem mir zugegangenen Material bin ich in der Lage folgende Schlüsse zu ziehen: Allgemein überwiegt die Zangenoperation, gegenüber welcher die Wendung stark zurücktritt, was seine Erklärung in der Seltenheit des engen Beckens bei der Estin findet. Im Durchschnitt verhält sich die Zangenoperation zur Wendung wie 5: 1. Die Indicationsstellung zu den Zangenoperationen scheint mir keine ganz einheitliche zu sein. Während einige Collegen betonen, dass sie die Zange nur auf eine strenge Indication hin anwenden, fungirt bei einem 3 Mal auch Mangel an Zeit als Indication, wie ich glaube, nicht ohne Berechtigung. Die Wendungen sind meist bei Querlagen gemacht worden, nicht selten auch bei Placenta praevia. Nur ein Fall ist mir bekannt, wo bei Schädellage wegen Wehenschwäche gewendet wurde. Wie es auf dem Lande nicht anders sein kann, wo der Arzt häufig zu sehr vernachlässigten Geburten nach tagelangem Kreissen der Frau gerufen wird, ist auch die Perforation keine seltene Operation. Die Mehrzahl meiner ländischen Collegen hat sie innerhalb fünf Jahren 1—3 Mal gemacht. Zwei Collegen haben die Operation, laut Angaben, auch am lebenden Kinde zu je einem Mal ausführen müssen. Relativ häufig ist endlich in Estland die künstliche Lösung der Placenta nothwendig geworden, was, wie ich glaube, in der falschen Leitung der Nachgeburtsperiode, wie sie bei den Estinnen üblich ist, seine Erklärung findet. Ein landischer College hat die Operation in 10 Jahren 25 Mal gemacht. Ich selbst habe in 3 Jahren 5 Mal die Zange appliciert, 3 Mal die Wendung ausgeführt — alle 3 Mal bei Querlage, 1 Mal vergesellschaftet mit Placenta praevia centralis — 2 Mal ein totes Kind perforirt — das eine Mal nach vergeblichem Zangenversuch, das andere Mal bei hochgradigem Hydrocephalus — und 2 Mal die Nachgeburt durch Eingehen in den Uterus entfernen müssen.

Hätten wir tüchtige, antiseptisch geschulte Hebammen, ich glaube, das Volk würde ihnen mit weniger Misstrauen begegnen, wie uns Aerzten, schon deshalb, weil dieselben aus der Mitte des Volkes hervorgegangen sein würden. Tüchtige Hebammen würden auch die Aerzte, wo es nötig wird, rechtzeitig heranziehen und dadurch die geburtshülfliche Praxis der Aerzte vergrössern und das Vertrauen zu denselben festigen.

Da nun das Estenvolk keine Hebammen besitzt, so greift es zur Selbsthülfe, ohne auch nur eine Ahnung davon zu haben, welch eine Gefahr unbefugte interne Untersuchungen und Eingriffe bei Kreissenden und Wöchnerinnen in sich schliessen. Nur selten kommen wir Landärzte zu einem intacten Geburtsfall, wo noch keine Gelegenheit zur Infection stattgefunden hat, Verhältnisse, die wohl geeignet sind, die Resultate unserer Praxis zu verdunkeln. Das Volk treibt eben selbst Geburtshülfe. Es hat sich ein ganz bestimmter Typus von meist älteren Frauen herausgebildet, die da ohne jegliche wissenschaftliche Schulung in grossem Maassstabe als Hebammen unter dem Volke fungiren. Oft wird das «Geschäft» vererbt. Mutter oder Schwiegermutter nehmen die Tochter anfangs mit auf die Praxis, lassen sie nachuntersuchen und deuten das Gefühlte. Später fängt sie selbstständig an zu practisiren. Einige waschen sich vor einer inneren Untersuchung, manche mit, manche ohne Seife, alle jedoch ohne ein Antisepticum, andere reiben sich die Hand mit Oel ein.

Eine gewisse Fertigkeit ist einigen nicht abzusprechen, da die richtige Erkenntniss von Steisslagen oder von unregelmässigen Kopfeinstellungen mehrfach von Aerzten nachträglich constatirt worden ist. Unbekannt ist das Hören der kindlichen Herztöne, nicht ganz unbekannt die Palpation des Abdomens; so werden auch Querlagen häufig richtig erkannt. Bei der Leitung von Geburten seitens solcher alter Bauerfrauen finden sich ganz constante Fehler. Abgesehen von den groben Verstössen gegen die Anti- und Asepsis fehlt es an der erforderlichen Geduld. Die Blase wird oft frühzeitig bei noch wenig erweitertem Muttermund gesprengt und dieses Verfahren für ein wirksames Mittel zur Beschleunigung der Geburt gehalten. Ein anderer häufiger Fehler ist zu frühes Pressenlassen der Kreissenden. Um das Pressen wirksamer zu gestalten, wird der Frau eine leere Flasche gegeben, in welche sie — oftmals stundenlang bis zur Erschöpfung — mit aller Kraft stehend hineinblasen muss. Dieser Kunstgriff wird auch zur Entfernung der Nachgeburt mitunter angewandt. — Findet sich bei der inneren Untersuchung eine Umschlingung der Nabelschnur, so soll dieser Umstand an dem mangelhaften Fortgang der Geburt schuld sein. Deshalb wird energisch versucht die Schnur über den noch in der Vagina steckenden Kopf abzustreifen, wobei sie nicht selten zerrissen wird. Der Liebenswürdigkeit eines Collegen danke ich folgende Geburtsgeschichte.

L. K. 26. a. n. Primipara, ist kräftig gebaut; Beckenmaasse normal. Die Frau kreisst den 4. Tag, vor ebenso langer Zeit

ist die Fruchtblase künstlich von einem alten Weibe gesprengt worden. II Schädellage mit Armvorfall, Krampfwehen. Puls der Mutter 150, T° 38,5. Kindliche Herztöne und Kindsbewegungen nicht vorhanden. Der hinzugerufene Arzt versucht zuerst die Wendung auf den Fuss und als dieselbe misslingt, schreitet er zur Craniotomie des abgestorbenen Kindes. Bei der nun folgenden Extraction verbreitet sich ein aashafter Gestank. Die Nabelschnur zeigt sich 15 cm. vom Abdomen des Kindes entfernt zackig durchrissen und in Fäulniss übergegangen. Die Frau ging am 11. Tage des Wochenbettes an Septicämie zu Grunde.

Einen ähnlichen Fall habe ich als Student in der Praxis eines Collegen gesehen. Eine Bauerfrau hatte kurz vor unserer Ankunft die Nabelschnur beim Versuche, sie von dem in der Vagina steckenden Kopf abzustreifen, durchrissen. Ein freies Ende hing zur Vulva heraus. Extraction des abgestorbenen Kindes mit der Zange.

Ganz constant scheint die Nachgeburtsperiode falsch geleitet zu werden. Auch hier ist der Mangel an Geduld verhängnissvoll. Ja, ich habe den Eindruck, als wenn die Bauerfrauen es für durchaus nothwendig hielten, dass die Placenta sofort nach der Geburt des Kindes ausgestossen wird. Dieses suchen sie meist durch Zug an der Nabelschnur zu erreichen. Uterusinversionen scheinen trotzdem nur selten zu entstehen oft aber reisst die Nabelschnur ab, oder die Placenta folgt wohl dem Zuge, der grösste Theil der Eihäute bleibt aber im Uterus zurück und verjaucht. Es kommt auch vor, dass die Geburtshülfe treibenden Bauerfrauen sich nicht scheuen — undesinficiert — mit der Hand behufs Entfernung der Nachgeburt in den Uterus einzugehen.

Je grösser der Muth oder richtiger die Dreistigkeit dieser Bauerfrauen ist, um so gefährlicher sind sie. Fälle beispielloser Rohheit bei Gelegenheit von Hülfeleistungen am Kreissbett gehören leider nicht zu den Seltenheiten. Die von mir daraufhin angestellte Enquête hat zahlreiche drastische Fälle ans Licht gebracht.

Ein landischer Prediger berichtet mir, dass er einmal grade noch zur Zeit zu einer Kreissenden kam, um zu verhindern, dass ihr in den Mastdarm ein Holzpflock getrieben wurde, um «die Einstellung des Kindskopfes zu corrigiren!» Die Geburt erfolgte einige Stunden später spontan. Im Kusalschen Kirchspiel hat einige Jahre vor meiner Niederlassung daselbst eine s. g. Hebamme bei einem Extractionsversuch dem Kinde — horribile est dictu — beide Beine abgerissen. Die Mutter ging in Folge der Geburt ein. Besonders oft gestalten sich die Hülfeleistungen verhängnissvoll bei der Querlage. Zuerst muss die Kreissende mehrere Kuckerbälle schlagen. Ist ein Arm geboren, so wird constant an demselben gezogen. College H. berichtet mir über folgenden Fall: Im Jahre 1895 wird er zu einer Primipara gerufen. Er findet Querlage mit Vorfall der rechten Hand; dieselbe ist kalt, stark suggillirt, die Gelenkverbindung zwischen Humerus und Vorderarmknochen ist völlig durchrissen, ebenso ein Theil der Weichtheile und der Haut, so dass das distale Ende des Humerus aus einer zerrissenen blutigen Masse hervorragt. Wendung und Extraction des toten Kindes. Die Verstümmelung des Kindes war eine directe Folge der Hülfeleistungen eines besonders eifrigen Weibes, welches das Kind an der Hand extrahiren wollte.

College W. wurde im Jahre 1890 zu einer verschleppten Querlage mit Vorfall eines Armes gerufen, an welchem so stark gezogen worden war, dass er im Ellenbogengelenk völlig abriss. Die Mutter starb nach einigen Tagen an Septicaemie.

College C. erlebte im Jahre 1889 folgenden Fall: Das entbindende Weib hatte den abnorm grossen Nabel des Kindes abgebunden und dabei, da es sich um eine angeborene Nabelhernie handelte, eine Dünndarmschlinge strangulirt. Es kam zu Gangrän des abgeschnürten Darmstückchens mit Inversion der Darmschleimhaut nach aussen. Das Kind wurde nach Reval in die Diakonissenanstalt gebracht und daselbst am 8. Tage post partum laparotomirt, doch ging es einen Tag nach der Operation an Collaps zu Grunde.

Nach vollendeter Geburt darf die oft erschöpfte Mutter nicht schlafen, da sie alsdann für immer einschlafen könnte. Auch ein Diätzettel wird ihr vorgeschrieben, wobei Milch perhorrescirt ist, da dem Genuss der Kuhmilch merkwürdiger Weise eine aetiologische Bedeutung für Entstehung des Puerperalfiebers zugeschrieben wird.

Mir ist ein Fall erinnerlich, wo der an Sepsis erfolgte Tod einer Wöchnerin direct dem Umstande zugeschrieben wurde, dass ich ihr Milch zu trinken erlaubt hatte.

Einen Punkt muss ich mit besonderer Schärfe betonen: Die professionell Geburtshülfe treibenden alten Bauerfrauen sind Feinde der ärztlichen Praxis. Meine Collegen sowohl, als auch ich, haben übereinstimmend die Erfahrung gemacht, dass sie häufig, wenn Kreissende und Angehörige bereits entschlossen sind, den Arzt zu rufen, energisch dem entgegen wirken und es mit allen ihnen zu Gebote stehenden Mitteln zu hintertreiben suchen. Zeigten sie sich bei der Leitung der Geburt anfangs ungeduldig, so entwickeln sie nun eine nicht zu rechtfertigende Geduld und werden nicht müde immer wieder zu sagen, es werde schon mit der Zeit von selbst alles gut werden.

(Schluss folgt).

Referate.

P. Klemm-Riga: Zur Pathologie und Therapie der Schussverletzungen des Magens und Darmes (Samml. klin. Vorträg. N. F. Nr. 142).

Nach ausführlicher Zusammenstellung der früheren und heutigen Anschauungen der Chirurgen über die Behandlung der Bauchschussverletzungen, weist Verf. an der Hand eines sorgfältig gesammelten litterärischen Materiales auf eine grosse Anzahl von Fehlerquellen hin, die sich in den Statistiken der einzelnen Autoren über die Resultate der exspectativen und operativen Behandlung finden.

Sodann giebt Verf. die Ergebnisse seiner Experimente an Hunden und Katzen wieder. Den Thieren wurden aus einer Entfernung von 5 Schritt mit einer Montechristopistole (Projectil von 5 mm. Durchm.) Bauchschüsse beigebracht und sie dann entweder nach Anlegung eines Verbandes exspectativ behandelt oder sofort laparotomirt. Von 18 nicht operirten Thieren starben 15; von den Operirten wurden 6 gesund und starben 4. Ferner unternahm Verf. noch einige Experimente, um zu eruiren, ob sich gleich nach der Verletzung des Eingeweides freier Koth in der Bauchhöhle findet oder nicht.

Wenn nun auch die Verletzungen bei Thieren nicht denen beim Menschen gleichzustellen sind, weil der Darm der Thiere enger, muskelkräftiger und kürzer ist, ferner auch die Versuche in Bezug auf Grösse und Bau des Projectil's, die Entfernung, aus der die Geschosse abgefeuert wurden, nicht denselben Bedingungen entsprechen dürften, unter denen am Menschen dergleichen Verletzungen des Abdomens meistens zu Stande kommen, so sind die Schlussfolgerungen Verf. doch gleich den Erfahrungen wie sie von den meisten Chirurgen Deutschland's gemacht worden sind. — Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) In der bei weitem grössten Mehrzahl perforirender Bauchschüsse sind Eingeweide verletzt.

2) Am häufigsten ist der Magen-Darmtraktus betroffen.

3) Die Wunden sind meist multipel.

4) Die Grösse derselben ist unabhängig von der Grösse und dem Bau des Geschosses; sie wird bestimmt von dem Treffwinkel der Kugel.

5) Ein Verschluss der Wunde durch einen Schleimhautpfropf findet nur in den seltensten Fällen statt.

6) Es tritt fast immer Koth aus.

7) Die Folgen des Kothaustrittes sind Infection des Hämatonis und septische Intoxication.

8) Bei exspectativer Behandlung ist die Regel der Ausgang in Tod.

9) In jedem Fall einer Schussverletzung des Abdomens wo Verdacht auf Läsion von Eingeweiden besteht, ist die Spaltung der Bauchdecken bis auf's Peritoneum im Bereiche des Einschusses angezeigt.

10) Ist das Bauchfell perforirt, so soll die Laparotomie in der Linea alba folgen.

11) Je nach Ausdehnung und Beschaffenheit der Wunden werden diese einfach vernäht, oder es muss die Resection eines Stückes des Darmes vorgenommen werden.

12) Eine schon bestehende Peritonitis ist keine Contraindication für den Eingriff.

13) Derselbe ist verboten bei hochgradigem Verfall des Kranken bedingt durch septische Intoxikation oder primären Wundshok.

14) Die Operation soll nur unter ausreichend äusseren Verhältnissen von kundiger Hand unter genügender Assistenz ausgeführt werden. Brackel.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

610. Sitzung am 15. October 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Horn demonstrirt drei Kinder, von denen zwei an typischer, angeborener Hüftgelenksluxation leiden, während beim dritten Kinde die Diagnose zweifelhaft ist. Weder blutige noch unblutige Operationen sind bisher in Petersburg bei dieser Affection ausgeführt worden. Herr Anders spricht sich dahin aus, dass das dritte Kind an einer trophischen Störung offenbar neuropathischen Ursprungs leidet.

2. Herr Wulff, Zur Symptomatologie und Operation des Kleinhirnabscesses.

Vortr. beginnt mit statistischen Daten über die Häufigkeit endocranieller Folgekrankheiten der Otitis und deren Häufigkeitsverhältniss unter einander. Chronische Otitis findet sich ungefähr 9 mal häufiger als acute.

Das männliche Geschlecht wird ungefähr zwei mal so oft betroffen wie das weibliche.

Auf das zweite und dritte Decennium entfallen beinahe 60 % der Fälle.

Mit Vorliebe wird die rechte Seite befallen, z. B. bei Kleinhirnabscess in 68,5 % der Fälle.

Grosshirnabscesse sind beinahe 3 mal so häufig wie Kleinhirnabscesse; bei kleinen Kindern finden sie sich in 82 %.

Häufig besteht ein Abscess nicht allein, sondern im Verein mit anderen endocraniellen Erkrankungen. Bei Kleinhirnabscess ist besonders häufig die Complication mit Sinusthrombose.

Für die Localisation eines Abscesses im Gehirn ist massgebend die Stelle, an welcher die ursprüngliche Eiterung im Felsenbein bis zum Schädelinhalt vorgedrungen ist (Toynbee Körner). Ueberwiegend häufig ist die Fortpflanzung des Processes durch den Knochen, viel seltener auf dem Wege von Venen und Lymphgefässen.

Nach Recapitulation der neuesten Untersuchungen über die Physiologie des Kleinhirns, wobei betont wird, dass Ataxie kein für Kleinhirnerkrankung charakteristisches Symptom sei, wendet sich Vortr. zur Symptomatologie des Kleinhirnabscesses, in welcher er mit Körner 4 Stadien des Verlaufs unterscheidet, nämlich initiales, latentes, manifestes und Terminalstadium, und theilt die Symptome nach den 3 von Bergmann aufgestellten Gruppen:

I. Unter den allgemeinen Erscheinungen der Erkrankung nimmt das Fieber die erste Stelle ein. Es ist sehr wechselnd. Sehr häufig wird subnormale Temp. angegeben, zuweilen auch normale. Vortr. spricht seine Meinung dahin aus, dass bei uncomplicirtem Kleinhirnabscess die Temp. subnormal oder normal sei, und dass Steigerungen auf anderweitige Complicationen zurückzuführen seien.

Sehr häufig wird rapide Abmagerung notirt.

Die Untersuchung des Harns hat bisher nicht viel Anhaltspunkte ergeben. In zwei Fällen, bei Durchbruch des Abscesses in den IV Ventrikel ist Melliturie gefunden worden. Vortr. weist auf die diagnostische Wichtigkeit dieser Erscheinung hin, falls sie sich häufiger finden sollte.

II. Die Allgemeinerscheinungen von Seiten des Hirns sind bei Kleinhirnabscess im Allgem. ausgesprochener als bei Grosshirnabscess.

Kopfschmerzen von wechselnder Intensität fehlen nie. Localicirte Kopfschmerzen sind für die Erkrankung des Sitzes eines Abscesses nicht zu verwerthen.

Schwindel fehlt fast nie.

Fast immer wird Apathie, oft zugleich mit Somnolenz beobachtet; beide Erscheinungen zeigen, bei erhaltenem Bewusstsein, einen stetig progredienten Charakter, um zu Beginn des Terminalstadiums in Coma überzugehen, nachdem jetzt auch das Bewusstsein geschwunden ist, wobei oft Unruhe und Delirien auftreten.

Krämpfe sind selten; Lähmungen nicht häufig; unter Umständen ist aber das Fehlen von Lähmungen diagnostisch verwerthbar. Neuritis optica ist häufig, aber nicht constant, Stauungspapille sehr selten (im Gegensatz zu Tumor, auch Sinusthrombose).

Der Puls ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verlangsamt, bleibt aber regelmässig; erst im Terminalstadium zeigt sich Unregelmässigkeit. (Zuweilen steigt die Pulsfrequenz im Moment der Eröffnung des Abscesses.) Dasselbe, wie vom Pulse, gilt von der Athmung.

Uebelkeit ist ganz constant; oft kommt es auch zu Erbrechen. Verstopfung wird häufig beobachtet, Durchfälle seltener. Incontinenz ist in mehreren Fällen notirt.

III. Herdsymptome. Die Ausfallserscheinungen von Seiten des Kleinhirns, gleichnamige, auch allgemeine, Muskelschwäche und gestörte Coordination sind oft zu unbestimmt, um sie diagnostisch zu verwerthen. Ueber Reizerscheinungen von Seiten des Kleinhirns ist noch wenig bekannt.

Zwangslagen und Zwangsbewegungen sollen sich besonders bei Ergriffensein von Wurm und Basis der Crura ad pontem einstellen. Sie werden bei Kleinhirnabscess vielleicht deshalb so selten gefunden, weil letzterer gewöhnlich im unteren äusseren Theil der Hemisphären sich ausbildet.

Von den Symptomen durch Fernwirkung wird sehr oft träge Reaction der Pupillen und Mydriasis gefunden.

Besonders betont Vortr. das sehr häufige Vorkommen von Rigidität der Nackenmuskulatur, eventuell auch entfernterer Muskelgruppen, welche Macewen durch Druckreizung der Pyramidenkreuzung erklärt. Diese Rigidität ist nie sehr ausgesprochen, entwickelt sich langsam, und hat wenig Aehnlichkeit mit der Nackenstarre bei Meningitis; Opisthotonus ist sehr selten. Freilich wird Rigidität der Nackenmuskulatur auch bei Sinusthrombose nicht selten angetroffen.

Erscheinungen von Seiten der Hirnnerven sind eigentlich mehr dem Grosshirnabscess eigen, werden aber auch bei Kleinhirnabscess zuweilen gefunden, z. B. Erscheinungen von Seiten der bewegenden Muskeln der Augen, ebenso von Seiten des Facialis, im letzteren Fall können Lähmungen je nachdem, ob der Stamm des Nerven oder seine Kerne durch den Druck leiden, gleichseitig und peripherer Natur, oder centralen Charakters und gekreuzt, aber auch gleichseitig, sein.

Das über die Symptome Gesagte resumirend, kommt Vortr. zum Schluss, dass bis jetzt noch kein unzweifelhaftes Symptom von Kleinhirnabscess bekannt ist, und dass die Diagnose sich auf eine Analyse der vorhandenen Erscheinungen gründen muss, eventuell per exclusionem gestellt werden kann, oft aber unmöglich ist.

Nach einer Gegenüberstellung der am häufigsten bei Kleinhirnabscess erwähnten Erscheinungen, und der Erscheinungen bei Meningitis (wobei die Verschiedenheiten im Verhalten von Puls, Athmung, Temperatur, Bewusstsein, das Fehlen von motorischen und sensiblen Reizerscheinungen, sowie der langsamere und gleichmässigere Verlauf bei Kleinhirnabscess betont werden), der Symptome bei Sinusphlebitis (häufige pyaemische Erscheinungen, Stauungspapille, locale Erscheinungen am Schädel und Halse), der Erscheinungen bei Grosshirnabscess (häufigeres Auftreten von Herderscheinungen, Fehlen von Nackensteifigkeit bei letzterem, häufigere Complication mit Siuuserkrankung bei ersterem), kommt Vortr. auf die operativen Massnahmen zu sprechen.

Ausgehend von dem Umstande, dass in vielen Fällen eine genaue Diagnose nicht möglich ist, geschweige denn eine Localisation, andererseits aber die Gewissheit einer schweren endocroniellen Erkrankung vorhanden ist, spricht sich Vortr. nach kurzer Erwähnung älterer Methoden, für die von den neuesten Autoren geforderte explorative Craniotomie aus, d. h. der Abscess soll, wo möglich, auf demselben Wege gefunden werden, welchen die ursprüngliche Knocheneiterung zum Gehirn eingeschlagen hat. Da dieses Postulat aber oft nicht erreichbar ist, so ist für solche Fälle die systematische Aufsuchung in der mittleren resp. hinteren Schädelgrube mittels der Bergmann schen Operation das Verfahren, welches die meisten Chancen bietet.

Nach kurzer Betonung der Ungefährlichkeit der Probepunction, welche durch experimentelle Untersuchungen und klinische Daten erwiesen wird, giebt Vortr. noch einige Ziffern über das Mortalitätsverhältniss der Operationen von Gross- wie von Kleinhirnabscess; beide sind ziemlich gleich, d. h. in beiden Fällen sind bisher ca. 56 % Heilungen erzielt worden.

Ueber die Heilungsdauer nach der Operation ist schwer zu urtheilen, da der ursprüngliche Process, die Otitis, in sehr vielen Fällen nicht beseitigt worden ist.

Herr Schmitz spricht sich für die osteoplastische Resection bei der explorativen Craniotomie aus. Durch dieselbe wurde in einem Falle die mittlere und vordere Schädelgrube gleichzeitig blosgelegt. Die angelegte Thür kann, wenn nöthig, mit einer Naht geschlossen werden. Ist Drainage erforderlich, kann man aus der Thür ein Stück herausnehmen, das andere Stück zurückbringen.

Herr Wulff weist auf die Gefahr einer Infection hin, indem der Eiter in den Subdural- oder Arachnoidalraum neben dem Drain eindringt. Diese Infectionsgefahr kann dadurch verringert werden, dass zwischen Hirn und Dura in der Umgebung der Incisionsstelle Tampons hineingeschoben werden.

Protokolle des VIII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte
in Wenden.

29.—31. August 1896.

Erste Sitzung.

Donnerstag den 29. August 1896, 2 Uhr Mittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. P. Gähtgens eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Anwesenden im Namen des Stadthauptes von Wenden und der Wendenschen Aerzte.

2. Herr Baron von der Pahlen überbringt im Namen des Wendenschen Zweigvereins der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» eine Einladung zur Eröffnungsfeier des bei Wenden neu erbauten Leprosoriums.

3. Dr. E. Kiwull giebt als Cassaführer seinen Kassenbericht vom 14. September 1895 bis zum 29. August 1896. Der augenblickliche Baarbestand der Casse beläuft sich auf 100 Rbl. 95 Kop. Die Einnahmen betrugen 516 Rbl. 6 Kop., die Ausgaben 415 Rbl. 12 Kop. Der Rechenschaftsbericht wird angenommen.

4. Dr. Truhart referirt über ein im Laufe dieses Jahres eingelaufenes Schreiben des Executivcomités des im nächsten Jahre in Moskau tagenden XII. internationalen medicinischen Congresses. Das Comité ersucht in demselben die Gesellschaft livländischer Aerzte um eine Geschichte seiner Gründung und seiner Wirksamkeit, da es über sämmtliche medicinischen Gesellschaften des russischen Reiches zusammenhängend zu berichten beabsichtige. Weiter ersucht das Comité den livl. Aerztetag sich an den Druckkosten der Verhandlungen mit einer Beisteuer von 10—25 Rbl. zu betheiligen, wogegen ein Exemplar derselben der Gesellschaft livl. Aerzte kostenfrei zugestellt werden solle. Dem vom Comité ausgesprochenen Wunsche habe Redner im Namen unserer Gesellschaft unter nachfolgendem Antwortschreiben Folge gegeben, sowie auch 15 Rbl. zu dem erbetenen Zwecke übersandt, wofür er nachträglich ersuche, ihm décharge zu ertheilen. (Solches geschieht.)

An das Executiv-Comité
des XII. internationalen medicinischen Congresses
in Moskau.

Der Aufforderung des Executiv-Comités des XII. internationalen Congresses vom 16. November a. pr. sub Nr. 2 Erfüllung gebend, beehre ich mich in Nachstehendem die gewünschten Auskünfte über die Gesellschaft der Aerzte des livländischen Gouvernements zu geben:

1) Das Statut der «Gesellschaft der Aerzte des livländischen Gouvernements» wurde von dem Herrn Minister des Innern am 6. Juli 1889 bestätigt.

2) Die Anregung zur Gründung der Gesellschaft ging von den Aerzten der livländischen Kreisstadt Fellin aus, in welcher sich im November des Jahres 1888 zu diesem Zwecke ein kleiner Kreis von Aerzten aus verschiedenen Städten Livlands versammelte. Nachdem im Juli 1889 die ministerielle Bestätigung der Statuten eingelaufen war, wurde die Gesellschaft am 2. October 1889 in der livländischen Kreisstadt Wolmar officiell eröffnet und der erste Aerztetag vom 2. bis 4. October daselbst abgehalten.

Bezüglich der Thätigkeit der Aerztegesellschaft wäre anzuführen, dass die Aerztetage, ein Mal jährlich wiederkehrend, abwechselnd in einer der Städte des livländischen Gouvernements stattfinden und jedes Mal 3 Tage in Anspruch nehmen, an welchen durchschnittlich 5—6 Sitzungen abgehalten werden. Insgesammt wurden für die seit dem Jahre 1889 stattgehabten 7 Aerztetage 176 Vorträge angemeldet, es wurden jedoch nur 166, mithin durchschnittlich 23 bis 24 Vorträge auf jedem Aerztetage gehalten.

Die Gesellschaft livländischer Aerzte hält es für eine ihrer wesentlichen Aufgaben, ihre Thätigkeit in den Dienst des Gesundheitswohls der gesammten Landesbevölkerung des Gouvernements zu stellen: es hat sich daher auf den Aerztetagen nicht lediglich um Vorträge gehandelt, welchen rein fachwissenschaftliche oder speciell praktisch medicinische Themata zu Grunde lagen, es hat wiederholt auch das Sanitätswesen des Landes und dessen Missstände, sowie auch der Kampf gegen im Lande herrschende Volksseuchen das Interesse und die Arbeit der Aerztetage in Anspruch genommen, nachdem der betreffende Stoff zunächst in Special-Commissionen aufs Eingehendste verarbeitet worden war. Aus der Zahl letzterer wäre insbesondere hervorzuheben:

1) Die Regelung der Organisation der ärztlichen Hülfsleistung und des Hospitalwesens auf dem Lande.
2) Die Reorganisation des Hebammenwesens.
3) Die Schutzpockenimpfung und deren Organisation auf dem Lande.
4) Die Fürsorge für die Schwachsinnigen und Geisteskranken unter der Landbevölkerung.
5) Der Kampf gegen die Lepra.
6) Die Bekämpfung des in Livland unter der landischen Bevölkerung so überaus weit verbreiteten Trachoms.
7) Die Abwehr gegen die Weiterverbreitung der Syphilis und so weiter.

Mit Genugthuung darf constatirt werden, dass die Gesellschaft livländischer Aerzte trotz der Kürze der Zeit ihres Bestehens doch schon auf manche für die Gesammtbevölkerung des Gouvernements segensreiche Frucht ihrer Arbeit und Thätigkeit zurückblicken darf.

3) Die Gesellschaft livländischer Aerzte hat nicht ständige Mitglieder. Die meist in den kleinen Landstädten abgehaltenen Aerztetage werden durchschnittlich von gegen 100 Aerzten besucht und hat in Grundlage der Statuten jeder Arzt, welcher auf einer der Universitäten Russlands den Cursus beendet hat, das Recht, an denselben als Mitglied theilzunehmen.

4) Der Vorstand der Gesellschaft livländischer Aerzte besteht gegenwärtig aus folgenden Gliedern:

Präses: Dr. med. Hermann, Ernst's Sohn, Truhart — Jurjew.

Secretair: Erster Secretair: Dr. med. Ernst, Emil's Sohn, Sokolowsky — Alexandershöhe bei Riga.
Zweiter Secretair: Dr. med. Christian, Fridolin's Sohn, Ströhmberg — Jurjew.

Cassaführer: Dr. med. Ernst Kiwull — Wenden.

5) Abgesehen von rein wissenschaftlichen und praktisch medicinischen Fragen sind es auch collegiale Interessen, welche auf den Aerztetagen gepflogen werden.

6) Ein eigenes publicistisches Organ besitzt die Gesellschaft nicht. Die Programme, die auf den Aerztetagen gehaltenen Vorträge und die sich an letztere schliessenden Verhandlungen werden in der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift» publicirt und alljährlich als Separatabzüge in Büchern geheftet.

7) Die Gesellschaft tritt jährlich ein Mal zu einem Aerztetag, welcher von Stadt zu Stadt wandert und 3 Tage dauert, zusammen.

8) Ein Vermögen besitzt die Gesellschaft nicht. Die Mitgliederbeiträge werden zum Theil zum Arrangement der Aerztetage, zum Theil zu Druckkosten, zum Theil zu sanitären wohlthätigen Zwecken (z. B. Herausgabe eines Hebammenkalenders für Livland etc.) verwandt.

Was die Anfrage anlangt, ob die Gesellschaft livländischer Aerzte gewillt ist durch eine pecuniäre Beisteuer sich an der Herausgabe einer Uebersicht über die Thätigkeit der russischen Aerztegesellschaften zu betheiligen, so beehrt sich Unterzeichneter im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte zu diesem Zwecke dem obengenannten Comité 15 Rbl. zu übersenden.

d. Z. Präses der Gesellschaft livl. Aerzte:
Dr. H. Truhart.

Endlich mache das Comité darauf aufmerksam, dass der XII. internationale medicinische Congress vom 7.—14. August 1897 in Moskau stattfindet und dass der Mitgliedsbeitrag 10 Rbl. beträgt. Da zu Mitgliedern des Congresses nur solche Aerzte zugelassen werden, die sich rechtzeitig melden, so ersucht Dr. Truhart diejenigen Collegen, welche den Congress zu besuchen wünschen, ihre Namen anzugeben, damit er die Formalitäten erledige.

5. Dr. Truhart verliest ein Schreiben des Comités zum Andenken Pasteurs, worin um Betheiligung an den Sammlungen zur Errichtung eines Denkmales für diesen Forscher gebeten wird.

Herr Dr. Truhart bemerkt, dass er bereit sei, etwaige Beiträge zu übermitteln.

6. Berathung über den Ort des nächsten Aerztetages.

a) Dr. Koppe übermittelt ein Gesuch der Pernauer Collegen, im nächsten Jahre Pernau als Ort der Zusammenkunft zu wählen. Die Verbindung mit Pernau sei jetzt nicht mehr so schwierig, da durch die Eröffnung der schmalspurigen Eisenbahn Pernau mit dem livländischen Eisenbahnnetz direct verbunden sei. Die Verwaltung der Stadt Pernau stehe diesem Vorschlage durchaus sympathisch gegenüber und er hoffe die Collegen im nächsten Jahre in Pernau zahlreich zu begrüssen.

b) Dr. Herrmann fordert die Collegen nach Walk auf.

Die Versammlung nimmt die Einladung Dr Koppes an und bestimmt als Ort der nächsten Zusammenkunft Pernau.

7. Berathung über den Termin des nächsten Aerztetages.

a) Dr. Apping schlägt im Hinblick auf den XII. internationalen medicin. Congress, der im August des nächsten Jahres in Moskau stattfindet, den Juli als geeigneten Zeitpunkt für den livl. Aerztetag vor.

b) Docent Dr. v. Zoege Manteuffel warnt den Termin des Aerztetages mitten in die Ferien hinein zu verlegen.

Man solle den Aerztetag entweder am Anfange der Ferien oder am Schlusse derselben veranstalten. es wäre eventuell der Juni, etwa die Johanniszeit in Erwägung zu ziehen.

c) Dr. Koppe ist für die Zeit Ende August resp. September, da alsdann die Badesaison in Pernau geschlossen sei.

d) Dr. Truhart. Die Zeitbestimmung für den nächstjährigen livl. Aerztetag wäre sehr schwierig, da verschiedenartige Interessen zu berücksichtigen seien. Den Aerztetag in die Ferien hinein zu verlegen erschiene ihm nicht praktisch. Es wäre wünschenswerth, dass die Versammlung sich darüber im Principe einige, ob sie es dem Vorstande anheim geben wolle, den definitiven Termin des nächsten Aerztetages festzusetzen oder nicht.

Die Majorität der Versammlung ist damit einverstanden, und überlässt die Bestimmung des Zeitpunktes für den livl. Aerztetag dem Vorstande.

8. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: Zum Präses wird Dr. H. Truhart wiedergewählt: zum Cassaführer Dr. Koppe bestimmt.

Was das Amt eines Secretairs betrifft, so beschloss die Versammlung auf Antrag des Dr. Truhart dasselbe in Zukunft derart zu theilen, dass der eine der beiden Secretaire den geschäftlichen Theil zu leiten, während der andere den redactionellen Theil zu übernehmen hätte.

Es werden gewählt: Dr. Vierhuff — Riga und Dr. Behr — Riga.

9. Herr Dr. P. Gähtgens dankt im Namen der Versammlung Dr. Sokolowski für dessen 2jährige Mühewaltung als Secretair der Gesellschaft.

10. Der Präses Dr. Truhart dankt für das ihm in der Wiederwahl bewiesene Vertrauen, dankt den Wendenschen Collegen für ihre Gastfreundschaft und begrüsst die anwesenden Glieder des Verwaltungsrathes zur Bekämpfung der Lepra und die auswärtigen Collegen. Seinen besonderen Dank spricht er Herrn Dr. Sokolowski aus für dessen eifrige Thätigkeit als Secretair der Gesellschaft.

11. Dr. Sokolowski verliest den Bericht der auf dem VII. livl. Aerztetage gewählten Commission zur endgiltigen Redaction der Gesichtspunkte für ein Reglement der Schutzpockenimpfung in den russischen Ostseeprovinzen und Realisirung der unter α, β, γ gefassten Beschlüsse (cf. die Verhandlungen des VII. livl. Aerztetages, p. 7—21). Laut Beschluss des VII. livl. Aerztetages cf. p. 20 α, β und γ, wurde der Medicinalabtheilung des Gouv. Livland ein Gesuch eingereicht betreffend die obligatorische Vaccination und Revaccination für jeden Bewohner dieses Gouvernements, mit Ausnahme der Stadt Riga. Ferner wurden die Schwestergesellschaften in Kurland und Estland mit diesen Beschlüssen bekannt gemacht und gebeten ihrerseits analoge Schritte zu ergreifen (cf. p. 4 des Commissionsantrages).

Das Schreiben an die Medicinalverwaltung des Gouvernements Livland hatte folgenden Wortlaut:

An die Medicinalabtheilung
der livländischen Gouvernementsregierung.

Mit der Uebersendung beifolgender «Gesichtspunkte für ein Reglement der Schutzpockenimpfung in Livland» hat die Gesellschaft livl. Aerzte die Ehre der Med.-Abth. mitzutheilen, dass sie sich auf ihrer VI. und VII. Versammlung eingehend mit der Frage der Schutzpockenimpfung beschäftigt und die Einführung obligatorischer Schutzpockenimpfung in Livland als im höchsten Grade wünschenswerth und den wissenschaftlichen Anforderungen durchaus entsprechend anerkannt hat.

Daher gestattet sich die Gesellschaft livl. Aerzte die Bitte an die Medicinal-Abtheilung zu richten, die entsprechenden Massnahmen zur Einführung der obligatorischen Schutzpockenimpfung zu ergreifen und zwar für das Gouv. Livland mit Ausnahme der Stadt Riga, welche in Anbetracht verschiedener Umstände nach einem eigenen Reglement zu verfahren hat.

Für den Fall der zukünftigen Ausarbeitung eines Impfgesetzes ersucht die Gesellschaft livl. Aerzte die Med.-Abth. den beigefügten von Dr. Sadikoff ausgearbeiteten, vom VII. livl. Congress gebilligten Gesichtspunkten nach Massgabe der Möglichkeit Geltung zu verschaffen.

Zur Illustration der Wirksamkeit und des Nutzens einer obligatorischen Schutzpockenimpfung erlaubt sich die Gesellschaft livl. Aerzte der Med.-Abtheilung beifolgende vergleichenden statistischen Daten vorzulegen.

In Livland starben an Pocken (nach Berichten der Prediger, von der Med.-Abth. erhaltene Daten):

1892 — 500 Personen
1893 — 776 »
1894 — 282 »

Ganz Deutschland mit einer 30—40 mal grösseren Einwohnerzahl hat (bei bestehendem Impf- und Revaccinationszwang) im Jahre 1892 — 105 Pockentodte aufzuweisen. (Die Jahre 1893—94 sind noch nicht veröffentlicht.)

Berlin hat im Jahresdurchschnitt (1875/86) pro Million 14 Pockentodte.

Wien (ohne Impfzwang) im Jahresdurchschnitt (1875/86) pro Million 819 Pockentodte.

Vor Erlass des Impfgesetzes betrug die Pockenmortalität in Preussen:

1866 — 62,0 auf 100,000 Einwohner
1867 — 43,17 » » »
1868 — 18,81 » » »
1869 — 19,42 » » »
1870 — 17,52 » » »
1871 — 243,21 » » »
1872 — 262,37 » » »
1873 — 35,65 » » »
1874 — 9,52 » » »

Nach Erlass des Impfgesetzes betrug die Pockenmortalität in Preussen:

1875 — 3,60 auf 100,000 Einwohner
1876 — 3,14 » » »
1877 — 0,34 » » »
1878 — 0,71 » » »
1879 — 1,26 » » »

und so fort bis heute.

Im Jahre 1870 bestand im deutschen Heere bereits die Zwangsrevaccination. Im Beginne des Krieges wurde jedoch durch die plötzlich nothwendig gewordene Einstellung von Freiwilligen dieselbe nicht energisch genug gehandhabt. Das französische Heer hatte damals keine durchgeführte Revaccination und es befanden sich unter den französischen Truppen ausserdem sehr viele Ungeimpfte (Turkos), welche die Pocken in Deutschland einschleppten und eine gewaltige Epidemie im Jahre 1871—72 veranlassten.

Nach deutschen Berichten verlor die deutsche Armee 1870—71 pro 100,000 — 58,3 an Pocken.

Nach den Berichten des französischen Kriegsministers Freycinet 1889 hatte 1870—71 die deutsche Armee 459, die französische Armee 23,400 Pockentodesfälle (dreiundzwanzigtausendvierhundert).

In Sheffield erkrankten von 268,397 geimpften Personen 1887—88 4151 = 15,5 ‰ und starben 200 = 0,7 ‰.

In Sheffield erkrankten von 5715 ungeimpften Personen 1887—88 552 = 97 ‰ und starben 274 = 48 ‰.

In den Londoner Hospitälern beträgt die Mortalität der Geimpften 2,8 %, der Ungeimpften 22 (Lancet N. 3659).

In dem Rigaer Krankenhause betrug die Mortalität der Geimpften 8,5 %, der Ungeimpften 37,4.

(Folgen die Unterschriften.)

Von der Gesellschaft der Revaler Aerzte war keine Antwort eingelaufen. Die Gesellschaft der Mitauer Aerzte antwortete unter dem 7. Juni 1896 Folgendes: «Der Verein Mitauer Aerzte hat auf seiner Versammlung vom 6. Juni d. J. das Reglement für Schutzpockenimpfung in den russischen Ostseeprovinzen durchgesehen und erklärt sich mit dessen Inhalt um so mehr einverstanden, als sich dasselbe fast vollständig mit dem bisher in Kurland geübten Modus deckt, welches auf den Gesetzen und Verordnungen über Administration und Polizei der Landgemeinden Kurlands (vergl. Bauerordnung) beruht. Einzelnes in dem Reglement, wie der Paragraph über die verschiedenfarbigen Scheine oder die Termine für die Zusammenstellung der betreff. Listen und dergl. hält der Verein Mitauer Aerzte nicht für so relevant, dass er deswegen eine Discussion eröffnen sollte».

Discussion.

a) Dr. Katterfeld-Waldheim.

Köresyi, der Präses des Ungarischen Statistischen Bureaus hat in neuerer Zeit die Impfstatistik einer eingehenden vorurtheilsfreien Prüfung unterzogen. Er gelangte zu dem überraschenden Resultat, dass die ganze bisherige Impfstatistik nichts bedeute und werthlos sei. Köresyi hat mit grossem Fleiss eine neue Statistik aufgestellt und aus derselben die Ueberzeugung gewonnen, dass die jetzige Impfung wohl die Mortalität der Pocken herabsetze, nicht aber die Morbidität. Die Vaccination verleihe auf kurze Zeit einen absolut sicheren Schutz, für die spätere Zeit sei der Schutz nur ein relativer. Das Ueberstehen einer Variola schütze länger als die Vaccination. — K. unterscheidet schlecht und gut impfende Länder und beweist, dass die energische Impfung in Deutschland vor Allem nur die Mortalität herabgesetzt habe, was allerdings an sich einen grossen Erfolg bedeute. Eine Zunahme der Syphilis und Tuberculose lasse sich durch die Impfung nicht nachweisen, wohl aber ein vermehrtes Auftreten von Hautausschlägen.

Wenn eine Autorität wie K. sich über das Impfwesen in einer solchen Weise ausspricht, so hat das eine grosse Bedeutung und ich kann nur Jedem, der sich für das Impfwesen interessirt, die freilich etwas umfangreiche Arbeit empfehlen.

12. Docent Dr. Zoege v. Manteuffel verliest an Stelle des abwesenden Prof. Dehio den Bericht über die

Thätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland während des letztverflossenen Jahres.

Seit den ersten Jahren, in welchen sich die Gesellschaft der livl. Aerzte regelmässig versammelt, hat es sich zu einem stehenden Gebrauch entwickelt, dass auf der ersten Sitzung des Aerztetages die Ges. z. B. d. Lepra einen kurzen Bericht über ihre Thätigkeit im verflossenen Jahre erstattet. Am heutigen Tage hat nun die Ges. z. B. d. L. ganz besonders freudige Veranlassung ihre Thätigkeit rückschauend zu überblicken, denn sie steht am Schlusse ihrer ersten Lebensperiode, in welcher es galt, die Sache der Bekämpfung der Lepra in Livland in Gang zu bringen und aus dem Gröbsten zu organisiren. Die reichen Spenden, welche der Gesellschaft in den sechs Jahren ihres Bestehens von allen Seiten zugeflossen sind, haben es uns ermöglicht, zunächst in Muhli und Nennal hundert Betten für aussätzige Kranke aus Liv- und Estland zu stiften und diesen Unglücklichen in den genannten Leprosorien Unterkunft und Pflege zu gewähren. Zugleich haben wir ein drittes Leprosorium in der Nähe der guten Stadt Wenden, in welcher wir uns heute versammelt haben, erbaut und eingerichtet und seit zwei Tagen befinden sich auch schon 31 Kranke in dieser neuen Anstalt, deren Weihe am heutigen Tage vollzogen werden soll. Ich freue mich, Sie meine Herren Collegen, die Sie aus allen Gegenden Livlands hier zusammengekommen sind im Namen der Ges. z. B. d. L. als Gäste bei diesem feierlichen Acte begrüssen zu können!

Bevor ich jedoch auf die weiteren Aufgaben eingehe, welche die stetige Zunahme der Lepra in Livland unserer Gesellschaft stellt, sei es mir gestattet, Ihnen zunächst einen kurzen Bericht über die finanzielle Lage derselben zu erstatten, wie sie sich zu Beginn des laufenden Jahres gestaltet hat.

Unsere Gesellschaft begann das Jahr 1895 mit einem Baarvermögen von 20,500 Rbl. in Werthpapieren und 2050 Rbl. 16 Kop. in baarem Gelde. Hierzu kamen im Laufe des Jahres Baareinnahmen im Betrage von 15,876 Rbl. 65 Kop., welche sich folgendermassen zusammensetzen:

	Rbl.	Kop.
Zinsen vom Capital	868	38
Mitglieds-Beiträge	2085	15
Subsidie der Livländischen Ritterschaft	2000	—
Subsidie der Estländischen Ritterschaft	1000	—
Subsidie der Oeselschen Ritterschaft	200	—
Pacht von dem der Gesellsch. zur Nutzniessung seitens der Livländischen Ritterschaft übergebenen Gesinde Drawnik von 1891—1895	320	—
Einmalige Schenkungen	5907	76
Krankengelder	3475	36
	15,876	65

Den Einnahmen stehen nun nicht unbedeutende Ausgaben gegenüber. Dieselben betrugen im Jahre 1895 im Ganzen 22,645 Rbl. 94 Kop. und sind in erster Linie dadurch verursacht worden, dass unsere Gesellschaft, welche gegenwärtig bei Wenden ein drittes Leprosorium für 60 Kranke errichtet, für den Bau desselben im laufenden Jahr schon 12,000 Rbl. ausgegeben hat. Hierzu kommen nun noch die Kosten für den Unterhalt der Leprosorien von Muhli und Nennal und die Verpflegung der in denselben lebenden Kranken im Jahre 1895.

Der Betrieb des Leprosoriums Muhli hat im Jahre 1895 (einschliesslich der Gagen für den Arzt und das Aufsichtspersonal) 2672 Rbl. 50 Kop. beansprucht, der des Leprosoriums Nennal 7387 Rbl. 36 Kop. Wie im vorhergegangenen Jahr, so hat unsere Gesellschaft auch im Jahr 1895 einen jungen Mediciner, welcher die Verbreitung der Lepra im Saaraschen Kirchspiel zu wissenschaftlich-praktischen Zwecken im Laufe des letzten Sommers untersucht hat, mit 100 Rbl. unterstützt. Auf das Ergebniss dieser Forschung kommen wir noch zu sprechen. Die Correspondenz, Fahrten nach Nennal und Wenden, die Remuneration der Seelsorger, die Versicherung der Gebäude und die sonstigen Betriebskosten haben 486 Rbl. 8 Kop. verzehrt. Die Ausgaben haben also die Einnahmen um ein Beträchtliches überstiegen, so dass das Baarvermögen unserer Gesellschaft zum 1. Januar 1895 aus 14,500 Rbl. in Werthpapieren und 1280 Rbl. 87 Kop. in baarem Gelde bestand.

In Muhli befanden sich am 1. Januar 1895 19 Kranke; neu aufgenommen wurden im Laufe des Jahres 10. Ausgetreten sind 8, gestorben 2 Kranke, so dass zum 1. Januar 1896 19 Kranke in der Anstalt verblieben. Die Beköstigung der Kranken pro Kopf und Tag kostete 12 Kop.

In Nennal waren am 1. Januar 1895 54 Kranke vorhanden; neu eingetreten sind 47 Lepröse, ausgetreten sind 15, gestorben 14, so dass der Bestand zum 1. Januar 1896 72 Kranke betrug.

Im Ganzen hatte unsere Gesellschaft zu Beginn dieses Jahres somit 91 Lepröse in Verpflegung, von denen 56 aus Livland, 18 aus Estland 13 aus Oesel, 2 aus Kurland und 2 aus anderen russischen Gouvernements stammen.

Auch in dem laufenden Jahr 1896 hat die Kasse unserer Gesellschaft grossen Anforderungen gerecht werden müssen. Die Vollendung des Baues des Wendenschen Leprosorium's beanspruchte noch etwa 8000 Rubel, der in den nächsten Tagen perfect werdende Ankauf des Leprosoriums Muhli durch unsere Gesellschaft kommt auf 4000 Rubel zu stehen und die Verpflegung der Kranken welche in diesem Jahr permanent die Ziffer von 90 überstiegen, stellte gleichfalls grosse Anforderungen an unser Budget. Kein Wunder, dass der Baarbestand unserer Kasse sich nicht mehr auf der früheren Höhe hat halten können. Unsere Gesellschaft ist sich von vornherein darüber klar gewesen, dass eine so gewaltige Aufgabe, wie die Ausrottung des Aussatzes in einer grossen, stark von der Seuche heimgesuchten Provinz die Kräfte eines privaten wohlthätigen Vereins übersteigen muss. Sie beschränkte sich darauf, zunächst nur dem schreiendsten Nothstand abzuhelfen, und durch ihr Vorgehen die öffentliche Theilnahme für die Leprösen anzuregen und durch ihr Beispiel das Interesse der Landesvertretung und der Behörden wachzurufen. Dieses Bestreben unserer Gesellschaft ist denn auch nicht ohne Erfolg geblieben. Der livländische Landtag hat sich im Februar dieses Jahres eingehend mit der Frage beschäftigt, wie dem Aussatz in Livland entgegengetreten werden müsse und hat entsprechend den an den Landtag gerichteten Gesuchen unserer Gesellschaft folgende Beschlüsse gefasst:

1) Aus der Kasse der Landesprästanden die Unterhaltskosten für alle in den Leprosorien verpflegten, zu den livl. Bauergemeinden gehörigen Aussätzigen zu bestreiten,

2) Hierfür 8 Rubel monatlich oder 96 Rbl. jährlich für jeden Leprösen zu bestimmen, was nach den Erfahrungen unserer Gesellschaft dem Minimum der Unterhaltskosten eines Kranken in unseren Leprosorien entspricht,

3) Sich an alle Städte des livl. Gouvernements zu wenden mit dem Vorschlag, dass dieselben ihrerseits aus den städtischen Mitteln dieselbe Summe für die Behandlung der städtischen Kranken in den Leprosorien bewilligen mögen. Ausgenommen ist natürlich die Stadt Riga, welche ein eigenes Leprosorium für ihre Kranken besitzt.

Wenn diese Beschlüsse des Landtages, wie zu erwarten steht, vom Gouverneur bestätigt werden, so wird das Ziel erreicht sein, nach welchem die Ges. z. B. d. L. stets gestrebt hat. Von nun an beginnt eine neue Phase unseres Kampfes gegen den Aussatz in Livland, denn wir verfügen jetzt, dank der Opferwilligkeit unserer Landesvertretung über genügende Mittel um der Lepra mit Erfolg entgegenzutreten und sind bei der Isolirung und Verpflegung der Aussätzigen nicht mehr ausschliesslich von der öffentlichen Mildthätigkeit abhängig, die ja naturgemäss der grossen Calamität gegenüber insufficient werden muss. Es wird ja auch in Zukunft die Aufgabe unserer Ges. sein, soviel wie möglich Spenden zum Kampf gegen die Lepra zu sammeln, mit deren Hilfe wir noch weitere Leprosorien in Livl. erbauen müssen, denn die 160 Betten welche wir bis jetzt in Muhli, Nennal und Wenden aufgeschlagen haben, genügen bei weitem nicht den Bedürfnissen. Zunächst hat unsere Ges. beschlossen, schon in diesem Jahr mit dem Bau eines vierten Leprosoriums von 100 Betten im Pernau'schen Kreis (etwa bei Quellenstein) zu beginnen welches wir um's Jahr dem Betriebe zu übergeben denken.

So hofft unsere Ges. den Bedürfnissen des Landes entgegenzukommen. Fortan werden die Bauergemeinden nicht mehr die Last der Verpflegung ihrer leprösen Gemeindeglieder zu tragen haben; dieselbe wird auf das ganze Land gleichmässig vertheilt und es ist wohl mit Sicherheit vorauszusehen, dass Dank dieser humanen Maassregel die Zahl der Leprösen, welche zum Eintritt in die Leprosorien angemeldet werden gewaltig steigen wird. Während das Land die Verpflegungskosten für die Kranken trägt, hat unsere Ges. es übernommen die dazu nöthigen Leprosorien auf ihre Kosten zu erbauen, sowie die medicinische und oeconomische Verpflegung in den Leprosorien zu organisiren und zu leiten.

Dass das von Jahr zu Jahr sich steigernde Wachsthum der Lepra in Livland die Anspannung aller unserer Kräfte erfordert, darauf habe ich immer wieder an dieser Stelle aufmerksam gemacht. Im vorigen Jahr berichtete ich über die Zunahme der Lepra in Oesel, sowie im Saaraschen, Tarwastschen und Hallistschen Kirchspiel und in der Stadt Dorpat, aus welcher hervorgeht, dass sich die Zahl der Leprösen in den genannten Gebieten im letzten Jahrzehnt zum Wenigsten verdoppelt hat. Auch im Jahre 1896 hat die Ges. z. B. d. L. einen jungen Mediciner (Dr. Schiron) mit einer analogen Lepraenquête in den Kirchspielen Lemsal, Salis, Pernigel, Katharinen, Ubbinorm und Allendorf beauftragt und als Resultat dieser Untersuchungen ergiebt sich, dass in den genannten Kirchspielen zusammen 52 Lepröse vorhanden sind, während Hellat im Jahre 1886 in demselben Gebiet nur 24

Lepröse aufgefunden hat. Also auch hier wieder eine Verdoppelung der Krankenzahl in zehn Jahren!

Wie bei uns so wird es wohl auch in Estland und Kurland stehen. Es ist daher mit lebhafter Freude zu begrüssen, dass auch die estländische Ritterschaft in diesem Jahr den Kampf mit der Lepra aufgenommen hat, indem sie beschloss in Kunda ein Leprosorium zunächst von 60 Betten für die estländischen Kranken zu errichten und zu unterhalten. In Kurland hat sich der Kampf gegen die Seuche in ähnlicher Weise entwickelt wie bei uns, indem sich zunächst wohlthätige Ges. zur B. d. L. organisirt haben. Doch wenn es mir erlaubt ist eine Vermuthung auszusprechen, so ist es die, dass sich auch in Kurland bald die Nothwendigkeit herausstellen wird, die dortigen Leprösen auf Kosten des Landes zu isoliren und zu verpflegen.

Zum Schluss möchte ich noch einen Punkt in Bezug auf die Contagiosität der Lepra berühren, welcher ebenso sehr von theoretischem Interesse wie von praktischer Bedeutung ist. Schon Hansen und Looft (Bibliotheca medica Abth. D. II, Heft 2, S. 41) haben die Beobachtung gemacht, dass innerhalb einer leprösen Bevölkerung der procentische Zuwachs an neuen Fällen desto grösser ist, je höher der Procentsatz der tuberösen Fälle gegenüber den maculös-anästhetischen Fällen ist. Sie ziehen daraus den Schluss, dass die maculös-anästhetischen Formen weniger ansteckend sind als die tuberösen. Ich muss mich dieser Ansicht, nach den Erfahrungen, die Lohk in Oesel gesammelt hat, durchaus anschliessen. In den Kirchspielen Kielkund und Anseküll constatirte Lohk im Ganzen 48 Fälle von Lepra tuberosa, 11 Fälle von Lepra anästhetica und zwei Fälle von Lepra mixta. Unter den 48 Fällen von Lepra tuberosa befanden sich 36 (75 %) solcher Fälle, welche aller Wahrscheinlichkeit nach auf dem Wege der Ansteckung weitere Erkrankungen nach sich gezogen haben und so ihre Contagiosität documentirten. Unter den 13 Fällen von Lepra anästhetica und Lepra mixta dagegen fand sich kein einziger, welcher auch nur den Verdacht gerechtfertigt hätte, dass durch ihn weitere Erkrankungen verursacht seien. Diese Thatsache ist um so beweisender, als Lohk zur Zeit seiner Untersuchungen von dieser relativen Gutartigkeit der anästhetischen Lepra noch nichts wusste und daher seinerseits von einer Voreingenommenheit bei den Untersuchungen nicht die Rede sein konnte. Jetzt wird uns die auffallende Thatsache verständlich, dass das Oeselsche Landvolk die Lepra tuberosa für ansteckend hält, die Lepra anästhetica dagegen nicht. Dieselbe Volksanschauung findet sich übrigens nach Ehlers (Aetiologische Studien über Lepra, Berlin 1896, Verlag von S. Karger), auch bei den Bewohnern Islands wieder.

Offenbar hängt die geringe oder vielleicht ganz fehlende Contagiosität der Lepra anästhetica mit dem Umstande zusammen, dass bei ihr die Leprabacillen viel seltener und viel schwieriger nachzuweisen sind, als bei der tuberösen Form. Ich möchte daher die Behauptung aufstellen, dass die Lepra anästhetica zwar ihren Ursprung von der Lepra tuberosa herleitet und durch das gleiche Virus oder Contagium hervorgerufen wird, aber selbst entweder garnicht oder nur in sehr geringem Maasse im Stande ist zur Weiterverbreitung der Krankheit beizutragen.

Dieser Umstand ist von grosser, praktischer Wichtigkeit, denn wenn es darauf ankommt, die Leprösen wegen ihrer Gemeingefährlichkeit vom Umgang mit Gesunden auszuschliessen, so werden wir in erster Linie bemüht sein müssen, die an tuberöser und ulcerösen Lepra leidenden Kranken in den Leprosorien unterzubringen. Die maculösen und anästhetischen Formen würden erst in zweiter Linie zu berücksichtigen sein. Ich bin nun nicht der Ansicht, dass die Frage von der Ungefährlichkeit der Lepra anästhetica schon so weit spruchreif ist, um sie im grossen Publicum zu verbreiten, aber ich glaube doch, dass sie bei allen denjenigen Collegen Beachtung verdient, welche in die oft sehr schmerzliche Lage kommen, einen Menschen für aussätzig zu erklären und ihn zum einsamen Leben in einem Aussatzhause zu verurtheilen.

13. Dr. Truhart. Trotzdem die Prästandenfrage immer noch ihrer Lösung erst entgegensieht, hat die livl. Ritter- und Landschaft auf dem letzthin stattgehabten Landtage dennoch die Verpflichtung auf sich genommen, in Zukunft die Verpflegungskosten, welche aus der Aufnahme eventuell auch aller in Livland vorhandener Leprakranken in Leprosorien erwachsen, aus ihren Mitteln zu bestreiten, einerseits um in wirksamer Weise den Kampf gegen die Lepra hier zu Lande zu unterstützen, andererseits um die einzelnen Gemeinden als solche zu entlasten. Die ausserordentliche Munificenz dieses Beschlusses ergiebt sich aus der Thatsache, dass augenblicklich gegen 500 Lepröse in Livland vorhanden sind, die jährliche Verpflegung eines Leprösen ca. 80 Rbl. kostet, mithin es sich hierbei eventuell um die alljährliche Bewilligung von 40,000 Rbl. handelt. Falls es daher der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» gelingen sollte, die Mittel zu beschaffen, um die entsprechend den Bedürfnissen erforderliche Anzahl von Leprosorien zu erbauen, so wäre das ersehnte und erstrebte Ziel erreicht, alle Leprösen unterzubringen, auf die Exportirung des gesetzlichen Isolirungszwanges derselben zu dringen und unsere Heimath von dieser sich von Jahr zu Jahr weiter ausbreitenden Seuche zu befreien: eine Frucht der Saat, die bei Begründung unserer Aerztetage weiland Prof. Ed. von Wahl gestreut. Dem Dank aber für die Munificenz der livl. Ritter- und Landschaft würdigen Ausdruck zu verleihen, fordere ich Sie auf, meine Herren, sich von Ihren Plätzen zu erheben.

Dieser Aufforderung wird von der Versammlung Folge gegeben.

Discussion.

a) Dr. Meyer-Wenden. Sind von Seiten der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra Schritte gethan, um das Landvolk durch die Presse oder Flugschriften über die Ansteckungsfähigkeit der Lepra aufzuklären?

b) Docent Dr. v. Zoege-Manteuffel. Weiland Prof. Ed. v. Wahl und Prof. Dehio haben in den landesüblichen Sprachen Flugblätter vertheilen lassen, welche auf die Ansteckungsgefahr der Lepra hinweisen. Im Uebrigen halte ich es nicht für opportun, die Wirkung dieser Flugblätter nach irgend einer Richtung abzuschwächen resp. zu verstärken. Da wir die Wege der Ansteckung der Lepra noch nicht genau kennen, so sage man nicht, die eine Form der Lepra wäre ungefährlicher als die andere, sondern wo es sich um die öffentliche Belehrung des Publicums handelt, bleibe man bei dem Satze: «die Lepra als solche ist infectiös».

14. Dr. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Schleimhauterkrankungen der Nase, des Mundes, Rachens und Kehlkopfes bei Lepra tuberosa» (mit Demonstrationen). (Erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift.)

Schluss der 1. Sitzung.

Die Versammlung begiebt sich vollzählich zur feierlichen Einweihung des neuen Leprosoriums.

d. Z. Secretair: Dr. med. Albert Behr.

Vermischtes.

— Der Professor der Kinderheilkunde an der militär-medicinischen Akademie, Dr. N. Bystrow, ist nach 30jährigem Dienst von diesem Amte entbunden und zum berathenden Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités ernannt worden. Am 2. November hielt derselbe seine Abschiedsvorlesung in der Akademie, bei welcher Gelegenheit ihm Ovationen seitens seiner Assistenten und Zuhörer dargebracht wurden.

— Dem verstorbenen Kasanschen Kliniker Prof. M. Chomjakow ist von seinen Verehrern, Collegen, Schülern und Freunden ein Denkmal gesetzt worden, zu welchem dieselben 970 Rbl. unter sich gesammelt haben.

— In Odessa wurde vor Kurzem das 10jährige Dienstjubiläum des Chefs des Odessaschen Quarantänebezirks, Dr. W. Starkow, festlich begangen.

— Der Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Dr. Joh. Nowazki, hat der Moskauer chirurgischen Gesellschaft, deren Ehrenmitglied er ist, ein Capital von 10,000 Rbl. gespendet, dessen Procente alljährlich für die beste von einem russischen Arzte selbstständig verfasste Monographie über irgend einen Theil der Chirurgie vergeben werden soll. Sollte die Moskauer chirurgische Gesellschaft ihre Thätigkeit einstellen, so fällt das erwähnte Capital der Moskauer Abtheilung der medicinischen Unterstützungscasse zu.

— Verstorben: 1) Am 8. November in Weissenstein (Estland) der dim. Kreisarzt, Staatsrath Dr. Carl Hermann Hesse im Alter von nahezu 95 Jahren. In Dorpat geboren und erzogen, bezog H. im Jahre 1821 die dortige Universität, an welcher er sich bis zum Jahre 1827 dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der medicinischen Doctorwürde ebendaselbst, liess er sich als Kirchspielsarzt in Merjama (Estland) nieder und fungirte sodann von 1831—85 als Kreisarzt in Weissenstein, wo er sich zugleich auch einer ausgebreiteten Privatpraxis erfreute. Im Jahre 1885 wurde er pensionirt. In dem Hingeschiedenen verliert die Studenten-Corporation Livonia den letzten ihrer Stifter. 2) Der Oberarzt des Kutaisschen Infanterie-Regiments Staatsrath Dr. Vincent Bortkewitsch im 52. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus St. Petersburg und hatte seine med. Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1866—74 Medicin studirte und den Arztgrad erlangte. Seinen Dienst begann er als Marinearzt in Kronstadt und war dann successive Regimentsarzt in Reval, Oberarzt des Mitauschen Dragoner-Regiments zu Czenstochau, Oberarzt am Lehrbataillon

Avis für die Herren Aerzte.

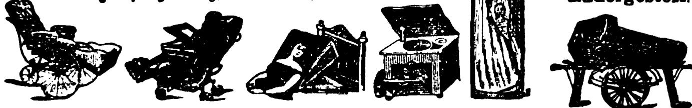
Sterilisirte Einzelverbände

nach Prof. Dr. **Dührssen** (Berlin).
Engros und Detail-Verkauf für Russland nur

Constantin Hersch,

1) W. O. 1. Linie 20. Telephon **3602**.
2) Snamenskaja № 35 Ecke Baskoff Per. Haus Jegoroff,
Telephon **1713**.

Krankenfahrstühle, Ruhesessel, Universal-u. Tragstühle, Betttische, verstellb. Kopfkeilkissen, geruchl. Zimmerclosets, Doucheapparate f. kalte u. warme Bäder
Aug. Spangenberg, Berlin SO., Neanderstrasse 3.
Tragbahren u. Tragkörbe mit und ohne Rädergestell.



EINE WOHNUNG
von 4 Zimmern wird einem Collegen übergeben (40 Rbl. mon.) u. verkauft sämmtliche Einrichtung, Instrumente, Krankendivan . . . . (einzelne Gegenst. werden nicht verk.) für 600 Rbl. Off. sub. Lit. «A. B. 1897» — **Moskau**, Hauptpostamt, Briefkasten 316, erbeten. (119) 2—1.

Cornet-à-Piston.

65 Rbl. gekostet, wird für 25 Rbl. verkauft. Kasanskaja 15, im Magazin A. J. Stralkowski. Daselbst auch Schulen für Cornet-à-Piston v. Bagantz u. v. Wurm.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:
Archiv für Laryngologie und Rhinologie
herausgegeben
von Prof. Dr. **B. Fraenkel.**
IV. Band. 3. Heft.
gr. 8. Mit Abbildg. und 5 Tafeln. 6 M.

Die Buchhandlung von **K. L. RICKER,** St. Petersburg, Newsky Prosp. № 14 empfiehlt:

NEUE BÜCHER:

Бехтеревъ, В. М., О локализаціи сознательной дѣятельности у животныхъ и человѣка. 1896, 60 к.

Богаевскій, П., Мултанское «моленіе» вотяковъ въ свѣтѣ этнографическихъ данныхъ. Съ рис. 1896, 40 к.

Боголюбовъ, М. П., Десять публичныхъ лекцій по индивидуальной гигіэнѣ. 1896, 50 к.

Бѣлоусовъ, П. П., Къ вопросу о современномъ положеніи и ближайшихъ задачахъ ассенизаціи русскихъ городовъ. 1896, 1 р.

«Вильманстрандъ», Финляндская климатическая лѣчебная станція и курортъ. 1896, 30 к.

Золотаревъ, Л. А., О предупрежденіи добрачныхъ половыхъ сношеній. 1896, 30 к.

Ковалевскій, П. И., Судебная общая психопатологія. 1896, 1 р.

Краткій курсъ горловыхъ, носовыхъ и ушныхъ болѣзней. 1896, 1 р. 20 к.

Михайловъ, Н., Устройство лѣтнихъ вакаціонныхъ колоній и ихъ вліяніе на дѣтей. 1896, 15 к.

Павлова, С., Сборникъ подвижныхъ игръ на открытомъ воздухѣ и въ школѣ. 1896, 1 р.

Рунге, М., Учебникъ акушерства. Русск. изд. 2-е съ 112 рис. Перев. съ 3-го нѣмецк. изд. 1897, 3 р. 50 к.

Смирновъ, А. А., Къ вопросу объ искуственномъ освѣщеніи классовъ Александровскаго кадетскаго корпуса. 1896, 75 к.

Тимирязевъ, К., Луи Пастёръ. 1896, 25 к.

Albu, A., Secial-hygienische Betrachtungen über den modernen Sport mit besonderer Berücksichtigung des Radfahrens. 1896, 55 к.

Althaus, I.. Der Werth der Elektricität als Heilmittel. Uebersetzung aus d. Englischen. 1897, 1 р. 10 к.

Amann, S. A., Kurzgefasstes Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik. Mit 94 Abbild. 1897, 3 р.

Baas, H., Die Krankheiten der Nieren und der Harnblase. 2-te Aufl. Mit Abbild. 1896, 85 к.

Berger, H., Die Hygiene der Barbierstube. 1896, 30 к.

Bernheim, H., Die Sugestion und ihre Heilwirkung. 2-te Auflage. 1896, 2 р. 75 к.

Beuttner, O., Ueber Antisepsis und Asepsis in der Geburtshülfe. Mit 15 Holzschnitten. 1897, 85 к.

Binz, C., Doctor Johann Weyer, der erste Bekämpfer des Hexenwahns. 2-te Aufl. 1896, 1 р. 95 к.

Carossa, K., Eine neue Methode der Behandlung des Kindbettfiebers. 1896, 55 к.

Cramer, E., Hygiene. Mit 61 Abbild. 1896, 3 р. 30 к.

Dennig, A., Ueber die Tuberkulose im Kindesalter. Mit 20 Kurven. 1896, 3 р. 30 к.

Dörfler, H., Die Asepsis in der Landpraxis. Mit 4 Abbild. 1896, 55 к.

Ferriani, C. L., Minderjährige Verbrecher. Uebersetzung aus dem Italienischen. 1896, 4 р. 40 к.

Finger, E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. 4-te Aufl. Mit 6 Tafeln. 1896, 3 р. 85 к.

— Die Blennorrhöe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 4-te Aufl. Mit 36 Holzschnitten und 9 litograph. Tafeln. 1896, 6 р. 05 к.

Fleiner, W., Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane. I-te Hälfte. Mit 20 Abbild. 1896, 5 р. 50 к.

Giessler, C. M., Die physiologischen Beziehungen der Traumvorgänge, 1896, 65 к.

Goodall and Washbourn, A manual of Infections Diseases. 1896, 4 р. 50 к.

Grätzer, E., Die therapeutische Praxis des Arztes bei 455 Krankheitsformen. 4-te Aufl. 1896, 3 р. 30 к.

Grawitz, P., Ueber Leben und Tod. 1896, 30 к.

Groeningen, G. H., Wie wird man tuberkulös? 1896, 1 р. 10 к.

Heilkunde, die. Monatsschrift f. praktische Medicin, redig. von Dr. Julius Weiss und Dr. Felix Freiherr v. Oefele. Heft I. Pro Jahrgang 8 р. 40 к.

Hoffman, F. A., Erkrankungen des Mediastinoms. 1896. Mit 2 Holzschnitten. 1896, 1 р. 40 к.

Hosch, F., Grundriss der Augenheilkunde. Mit 82 Holzschnitten. 1897, 5 р. 50 к.

Jürgensen, Th. v., Acute Exantheme. Scharlach. Rötheln. Varicellen. 1896, 4 р. 75 к.

Kartulis, Dysenterie (Ruhr). Mit 13 Abbild. 1896, 1 р. 65 к.

Kitt, Th., Atlas der Thierkrankheiten. 40 Figuren im Farbendruck über pathologisch-anatomische Präparate. 1896, 5 р. 50 к.

Kleinwächter, L., Zur Frage des Studiums der Medicin des Weibes. 1896, 55 к.

Krukenberg, H., Lehrbuch der mechanischen Heilmethoden. Mit 147 Abbild. 1896, 3 р. 85 к.

Leichtenstein, O., Influenza und Dengue. Mit 2 Abbild. und 1 Tafel. 1896, 3 р. 50 к.

Lossen, H., Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie, VII-te Aufl. Bd. I: Allgemeine Chirurgie. Theil I: Verwundung, Entzündung, Fieber, Behandlung der Wunden. Chirurg. Infectionskrankh. Geschwülste, Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Gewebe. Mit 68 Abbild. 1896, 4 р. 40 к.

Löwenfeld, L., Lehrbuch der gesammten Psychotherapie. 1897, 3 р. 50 к.

Munk, I., Physiologie der Menschen u. der Säugethiere. IV-te Auflage. Mit 120 Holzschnitten. 1896, 7 р. 70 к.

Neisser, A., Stereoskopischer Medicinischer Atlas. Lfg. XIV (Dermatologie und Syphilis, VII-te Folge). 1896, 2 р. 20 к.

North, W., Roman Fever. Malarial Fevers of the Roman Campagna. 1896, 15 р.

Penzoldt u. **Stinzing,** Handbuch der speciellen Pathologie innerer Krankheiten. Lfg. 27. 1896, 1 р. 10 к.

Port, I., Den Kriegsverwundeten ihr Recht! 1896. 85 к.

Reichel, P., Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. Mit 44 Abbildungen. 1897, 4 р. 70 к.

Runge, M., Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. 1896, 30 к.

Schmid, I., Physiologie für die medicinischen Prüfungen. 1897, 1 р. 95 к.

Schwanke, Zahnärztliche Medicinalgesetze in Preussen. 1896, 65 к.

Steinberg, G. M., A text-book of bacteriology. Съ рис. и таблицами. 1896, 14 р. 40 к.

Stetter, Compendium der Lehre von den frischen traumatischen Luxationen. 4-te Aufl. 1896, 1 р. 30 к.

Tarnowsky, B., Serotherapie als Heilmittel der Syphilis. 1896, 40 к.

— Syphilis maligna. 1896, 40 к.

Thimm, P., Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1896, 1 р. 65 к.

Veit, I., Handbuch der Gynäkologie. Bd. I. Mit zahlreichen Abbildungen. 1897, 7 р. 50 к.

Witzel, I., Ueber Zahnwurzelcysten. Mit 1 Tafel. 1896, 1 р. 35 к.

Wolff, E., Die Untersuchung des Fleisches auf Trichinen. 8-te Aufl. 1896, 65 к.

Дозв. ценз. Спб. 16 Ноября 1896 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. **Buchdruckerei** v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

für Unterofficiere in Riga und zuletzt Oberarzt des Kutaisschen Inf.-Regiments. 3) In Nikolajew am 9. November in hohem Alter der frühere Marinearzt Paul Przeborski, ein Theilnehmer an der denkwürdigen Vertheidigung Sewastopols. 4) In Pensa der Stadtarzt von Nishni-Lowar, Nikolai Orlow, der ebenfalls an der Vertheidigung Sewastopols theilgenommen hatte, im 66. Lebensjahre. Neben seiner ärztlichen Thätigkeit widmete der Verstorbene seine freie Zeit der Verwaltung der Stadt, deren Haupt er zwanzig Jahre hindurch war. 5) In Nowo-Tscherkask der Oberarzt des Gebiets-Hospitals des Donischen Kosakenheeres, Dr. Gabriel Turkewitsch im 55. Lebensjahre. 6) In Paris am 28. October n. St. durch Selbstmord der ausserordentliche Professor der dortigen med. Facultät Dr. Hanot. Unerquickliche Privatverhältnisse, die ihm schliesslich in seiner Carrière schadeten, sodass seine Wahl zum Mitglied der Académie de Médecine und zum ordentlichen Professor der klinischen Medicin scheiterte, wirkten derartig auf ihn, dass er zum Cyankali griff.

— Das Organisations-Comité des VII. Congresses russischer Aerzte, welcher in Kasan stattfinden wird, hat sich in folgender Weise constituirt: Präses desselben ist Prof. A. Gay (Syphilidolog), Schatzmeister Prof. N. Fenomenow (Gynäkolog), Secretär Prof. M. Kapustin (Hygieniker), Redacteur des Congress-Journals Prof. Lewaschëw (Therapeut) und Leiter des Auskunfts-Bureaus Prof. Ljubimow (Patholog).

— In der Jahresversammlung der Gesellschaft Kasanscher Aerzte am 20. October ist zum Präsidenten Prof. N. Fenomenow (Gynäkolog) an Stelle Prof. Kapustin's, der von diesem Amte zurücktrat, gewählt worden. Der Vicepräsident Prof. Darkschewitsch und der Secretär Dr. Tichow wurden wiedergewählt.

— Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» erfährt, erlaubt das Befinden Prof. Du Bois-Reymond's ihm noch nicht, seine Vorlesungen an der Berliner Universität zu halten. Er wird daher von dem Vorsteher der physiologischen Abtheilung des ihm unterstellten Instituts, Prof. Dr. J. Munk vertreten.

— Am 3/15. November begingen die Professoren der Berliner Universität Dr. Fasbender (Gynäkolog) und Dr. B. Fraenkel (Laryngolog) ihr 25jähriges Docenten-Jubiläum.

— In Göttingen wurde am 1. November die neue, allen Anforderungen der Neuzeit entsprechende, reich ausgestattete Frauenklinik, welcher bekanntlich der frühere Dorpater Professor M. Runge vorsteht, eröffnet.

— Wie die «Allg. med. C.-Ztg.» erfährt, beabsichtigt eine Reihe der hervorragendsten Lepra-Forscher aller Länder eine Conferenz in Berlin im October nächsten Jahres abzuhalten, um über zu treffende Massnahme gegen die überall in langsamer, aber beständiger Ausbreitung begriffene Krankheit zu berathen. Auch die Regierungen sollen zur Theilnahme an den Verhandlungen eingeladen werden. Ursprünglich war als Termin bereits der Monat März in Aussicht genommen; in Rücksicht jedoch auf die wissenschaftliche Reise Prof. Robert Koch's, welcher seine Mitarbeit zugesagt hat, nach Südafrika, ist der Aufschub bis zum Herbst nothwendig geworden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. November d. J. 7665 (46 mehr als in d. Vorw.), darunter 981 Typhus — (27 wen.), 903 Syphilis — (13 mehr), 121 Scharlach — (14 mehr), 126 Diphtherie — (8 mehr), 14 Masern — (1 mehr) und 29 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. November 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	230	543	114	23	74	20	7	20	44	55	57	37	55	28	5	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 18, Diphtherie 24, Croup 5, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 36, Todtgeborene 38.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 26. November 1896.

Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. November 1896.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, (5. December) 23. November **1896**

Die Calamität der geburtshülflichen Landpraxis.

Von
Ernst Hörschelmann.
Kirchspielsarzt in Kusal (Estland).

(Schluss).

Folgende vier Geburtsgeschichten aus meiner eigenen Praxis sind eine Illustration zu dem von mir über die Thätigkeit der alten Weiber angeführten:

Fall 1. P. I. 25 a. n. Primipara. Beginn der Wehen den 18. December 1894 zehn Uhr Abends. Den 19. December sind die Wehen gering, den 20. erlöschen sie, bis sie um 4 Uhr Nachmittags wieder einsetzen. Den 21. um 2 Uhr Morgens soll das Fruchtwasser abgeflossen sein. Um 4 Uhr Morgens wird ein altes Weib gerufen und beginnt die Kreissende zu misshandeln. Sie knetet den Leib in roher Weise, drängt die Hand in die Scheide und zieht am Kopfe des Kindes. Von dann an haben alte Weiber beständig die Frau untersucht und mit den Fingern den Kopf des Kindes umkreist, angeblich, «um ihm die Wege zu bahnen»! Um 5 Uhr Morgens treffe ich ein und nehme folgenden Status auf; Kreissende ist von etwas kleinem, aber kräftigem Wuchs. Der Fundus uteri steht handbreit über dem Nabel, in ihm ist der kindliche Steiss zu fühlen, kleine Theile rechts, Rücken links, Kopf tief im Becken. Herztöne links von der Linea alba, 150 in der Minute. Oedem der Labien, an der linken Nymphe ein Varix. Wehen sehr schwach, Kreissende wirft sich unruhig hin und her. Innerer Befund: Muttermund verstrichen, Kopfstand tief, Kopfgeschwulst. I. Schädellage. — Nachdem etwa eine Stunde abgewartet, beschloss ich die Geburt mit der Zange zu beendigen, da die Wehen nicht wirksam waren und die Erschöpfung und Unruhe der Frau zunahmen. Kreissende wird auf das Querbett gelagert, chloroformirt, die Vulva mit Lysollösung energisch gesäubert. Die Zange sowohl, wie meine Hände und Arme werden in warmer Lysollösung mehrere Minuten lang sorgfältig abgebürstet, dann wird die Zange applicirt und der Kopf des Kindes entwickelt, wobei ein mässiger Dammriss entsteht. Der Rumpf wird an der linken Schulter extrahirt, das Kind nach wenigen Minuten abgenabelt. Es ist männlichen Geschlechts, mittelgross, reif und lebensfrisch. Nach einer Viertelstunde wird die Placenta durch den Credéschen Handgriff entfernt; sie und die Eihäute sind vollständig. Der Dammriss wird mit 3 Seidensuturen versorgt, die Scheide mit 1½ Liter einer 1%igen Lysollösung sorgfältig ausgespült. Die Frau bekommt ein Gramm Secale, wird gesäubert und zurückgebettet. Der Uterus contrahirt sich gut. — Den 26. December setzt unter Frost Fieber ein. Tags darauf komme ich zur Frau, um die Nähte zu entfernen, werde aber vom Vater der Frau und einigen alten Weibern unter Drohungen mit Thätlichkeit am Betreten des Hauses verhindert. Anfang Januar bricht Eiter hinten am Kreuz durch, was von den Angehörigen erst bemerkt wird, als sich eine Wunde von der Grösse einer Untertasse präsentirt. Die Wunde wird mit Heftpflaster geschlossen. Die alten Weiber sagen, die Frau hätte aus «Schreck» über die Ankunft des Arztes die «Rose», d. h. die Eiterung bekommen. Den 20. Januar 1895 besucht der Pastor die Frau und setzt es durch, dass die Angehörigen den Tag darauf wieder nach mir kommen, mich um Verzeihung bitten und mich zur Frau bringen. Status den 21. Januar 1895: Patientin liegt auf einem hohen Lager unbeweglich mit nach innen rotirten Beinen. Gesichtsausdruck leidend. T° 38,5, Puls 140. Stuhlgang und Urinentleerung normal. Am Damm haben die Nähte durchgeschnitten, die Wunde fast per secundam geheilt. Lochialfluss nicht vorhanden, die Brüste secerniren Milch. Abdomen nur links unten bei tiefem Eindrücken mässig empfindlich. Beide Hüftgelenke geschwollen, besonders das rechte, bei Berührung und passiven Bewegungen sehr schmerzhaft. Das Lager der Kranken ist so eingerichtet, dass in der Mitte für die Kreuzgegend eine Lücke bleibt. Darunter befindet sich eine Schale, in die der Eiter tropft. Bückt man sich unter das Lager, so bietet sich folgender Anblick: Die Gegend des Kreuz- und Steissbeins nimmt eine Untertassengrosse, tiefe, unreine Wunde ein, in der die weiss schimmernden Bandmassen des Steissbeines frei zu Tage liegen. Nach links hin ist die Wunde nicht unterminirt. Nach rechts lässt sich ein Eitergang verfolgen, in den ein 3 Finger breiter Jodoformmarlystreifen mit einer Kornzange 30 cm. weit bis tief nach der Gegend des rechten Hüftgelenks hin eingeführt wird. Nach rechts unten kommen 2 weitere Jodoformmarlystreifen 10 und 12 cm. weit unter die Haut und zwischen die Muskulatur.

Von einer eventuellen Ueberführung in ein Krankenhaus oder einem operativen Eingriff wollen weder die Frau noch die Angehörigen etwas wissen. — Den 23. Januar 1895: T° 38,1, Puls 120. Hüftgelenke passiv etwas beweglicher. Es droht Periproctitis — ein neuer Marlystreifen wird nach Ausspülung der Wunde nach dem Rectum hin eingeführt, die übrigen werden gewechselt. Am Herzen 2 laute blasende Geräusche, keine Dilatation.

Darnach habe ich die Frau nur noch am 27. Januar wiedergesehen: Die Jodoformmarlystreifen sind alle entfernt, die Wunde ist abermals gepflastert worden. Die Eiterung macht nach dem Rectum hin Fortschritte. Den Tag vorher ist in der Gegend der rechten Parotis Röthung und Schwellung aufgetreten und haben die Angehörigen Taback draufgelegt.

Herzgeräusche geschwunden. T° 39,6, Puls 130, schwach. Die Leute wollen von einer ärztlichen Behandlung nichts mehr wissen. Seitdem habe ich von der Frau gehört: im Februar, dass es ihr besser gehe, im März, dass es wieder schlecht stünde, im April, dass die Wunde wohl heile, aber beide Beine «gelähmt» seien. Im Juni 1895 ist zu hören, dass die Wunde sich ganz geschlossen habe und die Frau gehen könne, nur schleppe sie das rechte Bein nach. Hinzufügen will ich noch, dass ich nach aufgenommener Anamnese sogleich den Leuten gegenüber die Befürchtung aussprach, es werde bei der Frau zu einem Eiterfieber kommen. Bis dato hat die Frau nicht mehr concipirt.

Fall 2. M. J. 22 a. n. Primipara. Beginn der Wehen den 17. März 1896 4 Uhr Morgens. Kreissende geht den Tag über noch umher und verrichtet ihre Arbeiten, trägt Wasser u. s. w. Der Ehemann glaubt, sie habe «Rheumatismus»! Um 7. Uhr Abends kommen 2 alte Weiber und fangen an die Kreissende zu misshandeln. Sie wird angehalten durch längere Zeit mit aller Kraft in eine Flasche hineinzublasen. Nachdem das eine Weib die Fruchtblase wahrscheinlich schon gesprengt hatte, drängte das andere die ganze Hand in die Scheide und, indem sie die kindliche Kopfgeschwulst offenbar für die Fruchtblase ansah, bearbeitete sie dieselbe und die Scheide der Frau in roher Weise mit ihren Fingernägeln. Dabei ist eine beträchtliche Blutung entstanden, deren Spuren ich noch nachher am Hemde der Frau und in ihrem Lager nachweisen konnte. Den 18. März um 5 Uhr Morgens treffe ich ein und nehme folgenden Status auf: Kreissende ist von mittlerem Wuchs und starkem Paniculus adiposus. Kräftezustand mässig, Puls 96. Fundus uteri Handbreit über dem Nabel, in ihm der kindliche Steiss zu fühlen. Rücken des Kindes rechts, Kopf tief im Becken, Herztöne rechts neben dem Nabel — 125 in der Minute. Oedem der Labien. Innerer Befund: Muttermund verstrichen, Kopf im Beckenausgang, caput succedaneum mehrfach zerrissen. Die grosse Fontanelle ist hinten und etwas links zu fühlen. II. Schädellage. — Es wird der Kristellersche Handgriff versucht und Kreissende aufgefordert mitzupressen, doch ist sie zu erschöpft, um pressen zu können. Daher wird, zumal da die kindlichen Herztöne undeutlicher werden, zur Zangenoperation geschritten. Vorbereitungen wie in Fall 1. Querbett, tiefe Narcose. Bei der Entwickelung des Kopfes spannt der Damm stark und wird deshalb mit der Scheere in der Mittellinie incidirt. Eine um den Hals gehende Nabelschnurschlinge wird abgestreift, dann der extrahirte Kindskopf etwas nach abwärts gedrängt, um die hintere (rechte) Schulter zu erreichen, an der das Kind sodann völlig extrahirt wird. Das Kind ist tiefblau; es wird sofort abgenabelt und nach Auswischen des Mundes durch eine Schultze'sche Schwingung, wobei aspirirter blutiger Schleim expectorirt wird, danach durch Hautreize und warmes Bad rasch wiederbelebt. Das Kind ist männlichen Geschlechts, etwas klein; die Nägel sind etwas kurz, Lanugo findet sich an Schulter und Oberarm. Die Kopfschwarte zeigt zahlreiche Kratzwunden, — nach einer Viertelstunde werden Placenta und Eihäute durch den Credéschen Handgriff entfernt. Scheidenspülung mit zwei Liter einer $^1/_2$ %igen Lysollösung. Der Dammriss wird mit 4 Catgutsuturen versorgt, in die Scheide kommt eine Sutur. Nach Verabreichung von Secale contrahirt sich der Uterus gut. Nachdem die Frau Milch und Ei genossen, schläft sie ein. Die Verabreichung von Milch stösst auf etwas Widerstand.

Befund am 23. März: T° 37,9, Puls 102, kräftig. Abdomen nicht im geringsten druckempfindlich. Aus der Vagina bräunlicher übelriechender Ausfluss. In der Scheide mehrere Kratzwunden, die sich in unreine Geschwüre verwandelt haben. Die Scheidensutur und die beiden vorderen Dammsuturen haben durchgeschnitten und werden entfernt. Die Vagina wird mit Lysol ausgespült, dann werden die Geschwüre mit Tinctura Jodi tractirt und mit Jodoform bepudert. Eine Rhagade an der rechten Mamma wird mit Perubalsam bepinselt. — Am Kopf des Kindes hat sich eine Eiterung etablirt und am Körper beginnt sich ein ausgebreitetes Eczem zu entwickeln. Den 3. April 1896: Mammae gesund und milchreich. T° 37,6, Puls 86. Der Damm granulirt vorne gut, ist hinten per primam geheilt. Aus der Scheide kommt noch etwas übelriechender Ausfluss. — Das Kind hat ein sehr ausgebreitetes Eczem, besonders am Kopf. — Die Mutter hütete 3 Wochen lang das Bett. Als ich sie nach etwa einem Monat wiedersah, war sie völlig genesen und auch das Eczem des Kindes war unter geeigneter Behandlung ausgeheilt.

Verwechselungen der Kopfgeschwulst mit der Fruchtblase scheinen nicht ganz selten vorzukommen. College F. berichtet mir über einen Fall, wo eine Bauerfrau die kindliche Kopfgeschwulst, in dem Wahne es mit der Blase zu thun zu haben, kreuzförmig durchschnitten hatte. Das Kind verblutete und kam todt zur Welt. Als ich Unterassistent in Dorpat auf der chirurgischen Klinik war, wurde daselbst eine auf dieselbe Art entstandene Kopfwunde bei einem neugeborenen Estenkinde behandelt.

Fall 3. M. T. 28 a. n. Primipara. Beginn der Wehen den 11. Januar 1895. Es wird eine Hebamme (Schülerin von Dr. Schnell), die in der Nähe (im Kirchspiel St. Johannis) wohnhaft ist, hingerufen. Um Mittagszeit soll die Blase gesprungen sein, während der Muttermund erweitert war, der Kopf aber noch hoch stand. Den 12. Januar über schreitet die Geburt garnicht vorwärts; das Kind hört auf, sich zu bewegen. Am 13. Januar verabfolgt die Hebamme grössere Secalegaben. Darnach soll der Kopf tiefer getreten sein, die Wehen werden aber krampfartig, sehr schmerzhaft, auch strahlen die Schmerzen in grosser Heftigkeit in die Oberschenkel aus. Kreissende hat vom 11. Januar an weder gegessen noch geschlafen, noch Stuhlgang gehabt. Am 13. Januar Nachmittags wird endlich von der Hebamme nach mir geschickt; ich treffe um $^1/_2$ 8 Uhr Abends ein und nehme folgenden Status auf: Kreissende ist von mittlerem Wuchs und leidlichem Kräftezustand. Uterus sehr hart, beständig contrahirt. Kindliche Herztöne nicht wahrnehmbar. Innerer Befund: Der Kopf steht tief, die Blase ist gesprungen, vom Muttermund ist vorne ein wulstiger Saum noch erhalten. Kleine Fontanelle rechts vorne. Diagnose: II. Schädellage. Tetanus uteri nach vorzeitigen Secalegaben. Abgestorbenes Kind.

Kreissende erhält 10 Tropfen Tinctura opii, danach in kleinen Zwischenräumen 2 Spritzen Morphium à 0,01. Darauf wird sie katheterisirt, bekommt 2 Lavements; dann wird für die Dauer einer halben Stunde eine Chloroformnarcose eingeleitet. Nachdem sie noch $^1/_2$ Stunde lang im warmen Bade gehalten ist, erschlafft endlich der Uterus. Den 14. Januar um $^1/_2$ 1 Uhr Morgens wird zur Zangenoperation geschritten. Indication: sehr protrahirter Geburtsverlauf (Dauer der Austreibungsperiode circa 60 Stunden). Querbett, Lysoldesinfection, Narcose. Die Einführung des linken Löffels ist wegen des vorne erhaltenen Muttermundsaumes schwierig, die des rechten Löffels gelingt leichter. Um den Kopf zu entwickeln sind starke Tractionen nötig, wobei er sich in der Zange in den graden Durchmesser dreht. Das Frenulum reisst ein. Nach der Entwickelung des Kopfes gelingt es nicht an die Schultern heranzukommen, weil sie hoch stehen und der Rücken grade nach vorne sieht. Da ich sicher wusste, dass das Kind abgestorben sei, gestattete ich mir an dem geborenen Kopfe kräftig zu ziehen. Dabei reisst der Damm etwas weiter ein. Nun gelingt es, das Kind an der rechten Schulter zu extrahiren. Das Kind ist ein kräftig entwickelter Knabe, die Haut ist bereits macerirt. Die Placenta wird nach einer Viertelstunde durch den Credé'schen Handgriff entwickelt; sie und die Eihäute sind vollständig. Nachdem der Damm mit 2 Catgutsuturen versorgt und die Scheide mit 1% iger Lysollösung ausgespült ist, wird die Frau zurückgebettet und erhält reine Unterlagen. Secale wird nicht verabfolgt. — Im Wochenbett ist vorübergehend Incontinentia urinae aufgetreten, im übrigen soll es normal verlaufen sein.

Fall 4. E. G. 23 a. n. Primipara. Die Geburt erfolgt den 10. April 1895 um 5 Uhr Morgens spontan, wobei der Damm etwas einreisst. Da die Nachgeburt nicht folgt, wird ein altes Weib hingebracht, das einen gewissen Ruf als Geburtshelferin hat, da sie über 80 Entbindungen geleitet haben will. Seife mit sich führt und ihre Hände mit Oel einreibt. Dieselbe zieht an der Nabelschnur, geht auch in die Genitalien ein und reisst schliesslich die Nabelschnur hart an der Placenta ab. Darauf zieht sie mit einer Stopfnadel einen Wollfaden durch die Placentarkante und versucht vergebens die Nachgeburt auf solche Art zu entfernen. Nun will der Ehemann meine Hülfe requiriren, wird aber von dem alten Weibe daran gehindert: «Man solle nur ruhig abwarten, am fünften Tage käme die Nachgeburt immer von selbst»! In den nächsten Tagen fährt der Mann Hülfesuchend auf das benachbarte Gut und zum Pastor, beiderorts wird er an mich gewiesen. Endlich, am 14. April werde ich zur Frau gebracht und nehme folgenden Status auf: Wohlgewachsenes junges Weib von sehr blasser Hautfarbe. T° 39,7, Puls 130. Leib kaum empfindlich. Der Uterus steht etwa Handbreit unter dem Nabel, ist contrahirt — keine Blutung. Mässiger, gut granulirender Darmriss. Im Muttermund ist die Kante der Placenta zu fühlen; letztere haftet in grösserer Ausdehnung an der linken Tubenecke. Die Nabelschnur ist an ihrer Insertion abgerissen. — Operation ohne Narcose in linker Seitenlage. Lysoldesinfection. Mit der linken Hand gehe ich in den Uterus ein. Der Muttermund ist leichter zu passiren, als der enge Scheideneingang. Mit Zeigefinger und Daumen wird die Placenta gelöst, während die rechte Hand von aussen einen Gegendruck ausübt. Um mehr Platz zum Agiren in utero zu gewinnen, wird die Placenta in 2 grossen Stücken herausbefördert. Sie ist in Fäulniss übergegangen, äusserst übelriechend. Dann wird der Uterus zur Controlle sorgfältig abgetastet, die Frau auf das Querbett gelagert und der Uterus mit 2 Liter einer 1%igen Lysollösung gründlich ausgespült. Die Frau wird nun zurückgebettet und erhält eine Eisblase auf den Leib. T° gleich nach Operation und Ausspülung 38,6, Puls 123. Die Temperatur ist demnach in weniger als einer

Stunde um 11 Zehntel, der Puls um 7 Schläge heruntergegangen. — Im Wochenbett hat die Frau sich rasch erholt, hat ihr Kind selbst genährt und erfreute sich bald wieder völliger Gesundheit. Im August 1896 hat sie ihr zweites Kind geboren, wobei auch die Nachgeburtsperiode unter richtiger Leitung normal verlief.

Ich habe den Versuch gemacht, aus den Kirchenbüchern der oben angeführten Kirchspiele Estlands eine Mortalitätsstatistik der Kreissenden und Wöchnerinnen zusammen zu stellen. Dabei kam ich zu dem überraschenden Resultat von nur 1—2% Mortalität. Das ist unbedingt eine zu niedrige Zahl, denn über 1% Mortalität kommt selbst in gut geleiteten deutschen Entbindungshäusern vor (Ahlfeld, Deutsche medicinische Wochenschrift 1896 Nr. 13). Mehrere meiner Collegen haben bei der Angabe der Mortalitätsziffer aus den Kirchenbüchern die Bemerkung hinzugefügt, dass die Zahl eine zu kleine sein muss. Die Pastoren notiren die Todesursache nach Angabe der Leute; letztere werden, wenn der Tod etwa 8 Tage nach der Geburt erfolgt ist, ihn häufig nicht mehr auf das Wochenbett beziehen. Es scheint mir aber doch fest zu stehen, dass die Mortalität der Frauen in Estland immerhin keine sehr grosse sein kann. Denselben Eindruck haben auch einige meiner Collegen gewonnen und mir darüber Bericht erstattet. Forschen wir nach der Ursache, so ist zu erwägen, dass eben doch die grosse Mehrzahl der Frauen rasch und spontan niederkommt, ohne dass sie überhaupt innerlich untersucht werden. Dazu trägt nicht zum wenigsten die gute Constitution der Estin bei, besonders die günstigen Beckenverhältnisse, die nach den Untersuchungen von Wernich vielleicht ihre Erklärung in der Reinheit der estnischen Race finden.

Anmerkung: Wernich hat nachgewiesen, dass die Japanerinnen im allgemeinen sehr leicht gebären, dass aber die Kreuzung mit romanischen, namentlich aber mit germanischen Vätern zu ungünstigeren Beckenverhältnissen führt und daher weit schwerere Entbindungen zur Folge hat. (Archiv für Gynaecologie Band 12, pag. 288. — Schauta, Lehrbuch der gesammten Gynaecologie 1895, pag. 66). Es scheint ihm wahrscheinlich, dass der Grund, warum Naturvölker im allgemeinen leicht gebären, in der fehlenden Racenkreuzung derselben zu suchen sei.

In anderen Fällen wird wohl innerlich untersucht, der Cervicalkanal aber nicht betreten, wodurch die Gefahr der Infection weniger gross ist. Ich bin zu einer normalen Entbindung abgeholt worden, weil ein Weib, das da innerlich untersucht hatte, vor dem tief stehenden Kopf zu fühlende Eihauttheile für einen vorangehenden weichen Theil des kindlichen Körpers gehalten hatte. Endlich haften nicht an jedem schmutzigen Finger pathogene Keime. Die verhältnismässig geringe Mortalität der Frauen ist aber nicht im Stande tüchtige Hebammen entbehrlich zu machen, denn die Morbidität dürfte eine recht grosse sein. Leider ist es mir unmöglich, darüber eine zuverlässige Statistik zu gewinnen, doch weist mein gynaecologisches Krankenmaterial darauf hin. In meiner Gegend ist die Gonorrhoe äusserst selten; trotzdem ist das gynaecologische Krankenmaterial nicht klein: Retroflexionen, Cystitiden, Perimetritiden und Adnexerkrankungen, die auf ein Puerperium zurückzuführen sind, gehören nicht zu den Seltenheiten. Auch die Mortalität der Kinder bin ich geneigt, nicht niedrig zu schätzen. Im Jahre 1895 gab es im Kusalschen Kirchspiel auf 314 Geburten 12 todtgeborene Kinder. Im Kirchspiel Klein-Marien gab es im Jahre 1893 auf 198 Geburten (darunter 8 Zwillingsgeburten) 11 todtgeborene Kinder (darunter ein Zwillingspaar und zweimal ein Kind von Zwillingen); 1894 auf 217 Geburten (darunter 6 Zwillingsgeburten) 11 todtgeborene Kinder (darunter ein Zwillingspaar und einmal ein Kind von Zwillingen); 1895 auf 240 Geburten (kein Zwillingspaar) 8 todtgeborene Kinder. Das ergiebt eine Sterblichkeit der Kinder von 4—6%; zähle ich aber die Zwillingsgeburten allein, so resultirt eine Mortalität der Zwillingskinder von 24%.

So manches asphyctisch geborene Kind könnte bei sachverständiger Hülfeleistung wiederbelebt werden. Mir selbst ist die Wiederbelebung eines mit der Zange tief asphyctisch extrahirten Kindes noch nach $1\frac{1}{2}$ Stunden lang fortgesetzten Schultze'schen Schwingungen geglückt. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1896. Nr. 28).

Die als Hebammen fungirenden alten Weiber beschränken sich, wenn sie überhaupt Wiederbelebungsversuche machen, meist auf ein kaltes Bad. Selbst das einfache Schlagen des Kindes mit der flachen Hand ist ihnen unbekannt und erscheint ihnen, wenn sie es gelegentlich von uns Aerzten zu sehen bekommen, anstössig.

Durch das gesammelte statistische Material und die aus der Praxis angeführten Fälle habe ich gezeigt, worin die Calamität der geburtshülflichen Landpraxis in Estland besteht: Es ist ein schreiendes Bedürfniss nach tüchtigen, gut geschulten Landhebammen vorhanden. Die Humanität fordert gebieterisch, dass dem Unwesen der mit Unwissenheit und Rohheit Geburtshülfe treibenden schmutzigen alten Weiber ein Ende gemacht werde. Diese meine Arbeit ist ein Appell an Staat und Gesellschaft hier Abhülfe zu schaffen. Ich möchte aber nicht schliessen, ohne auf einen Weg hinzuweisen, wie wir Landärzte selbst einen Schritt zur Abhülfe in der Hebammencalamität thun können. Schon vor Jahren hat Dr. Schnell in Weissenstein landische Hebammen ausgebildet. Sein humanes Unternehmen trägt leider heute, wo er selbst schon lange von seiner Arbeit ruht, keine Früchte mehr. Aber auch mancher von uns heute unter dem Estenvolk practisirenden Aerzten kann vielleicht Zeit für den Unterricht einer Hebamme erübrigen. Ich habe mir in diesem Jahr eine intelligente und reinliche Bauerfrau ausgesucht und sie auf Monate zu mir in die Schule genommen. Sie hat neben theoretischem Unterricht einen gründlichen Desinfectionscursus bei mir durchgemacht und mich mehrere Mal zu Geburten begleitet, ausserdem auch Schwangere und einige gynaecologische Fälle untersucht. Sobald sie genügend vorbereitet ist, kann sie sich in der Gouvernements-Medicinalbehörde einem Examen unterziehen, bei dem eine Verdolmetschung der Fragen ins Estnische gestattet ist. Nach absolvirtem Examen wird ein Diplom, das zu selbstständiger Landpraxis berechtigt, ausgestellt. Vielleicht wird der eine oder andere meiner landischen Collegen durch diese Arbeit angeregt, für sein Kirchspiel in ähnlicher Weise eine oder zwei tüchtige Hebammen selbst auszubilden oder ausbilden zu lassen. Doch kann und soll auf diese Weise nur die erste dringende Abhülfe geschafft werden, bis Estland vom Staat oder von einer Commune mit einer hinreichenden Anzahl tüchtiger angestellter Hebammen versorgt ist. Alsdann wird auch die Stunde nicht mehr fern sein, wo zum letzten Mal ein altes Weib am Kreissbett seinen Unfug treibt!

Zum Schluss sei es mir gestattet meinen Collegen, insbesondere Herrn Docenten Dr. Kessler für die liebenswürdige Unterstützung bei der Abfassung dieser Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Meine Fahrt zu Nic. Nikif. Denisenko (Brjansk Gouvernement Orel).

Von

Dr. C. v. Samson-Woskresensk.

Als im Wratsch (Nr. 30 d. J.) die Mittheilung Denisenko's erschien, er habe ein Mittel entdeckt, mit dem er Krebs ohne Operation zur Heilung gebracht, war ich, wie

wohl die Mehrzahl der Collegen, weit entfernt dieses Mittel zu versuchen. Solch einen complicirten Stoff, wie das Extr. Chelidonii majoris meinen Kranken unter die Haut einzuspritzen und innerlich gebrauchen zu lassen, hätte ich selbst dann auf diese eine kurze Mittheilung hin nicht gewagt, wenn ich denselben von seinem giftigen, ätzenden Cholerythrin hätte befreien können. Es blieben immer noch genug Bestandtheile drin zurück, deren Wirkung auf den menschlichen Organismus nicht genügend bekannt sein dürfte, wie verschiedene Säuren, Farbstoffe und Alkaloide. Obwohl das Mittel früher viel gebraucht worden ist (schon im Mittelalter soll es den Namen Coelidonium seiner wohlthätigen Wirkung auf verschiedene innere Krankheiten wegen erhalten haben. Gaz. lekarskaja, Okt.), war mir doch zu wenig darüber bekannt.

Bald aber erschien eine zweite genauere Mittheilung, die eigentlich nur sehr eigensinnige Skeptiker darüber im Zweifel lassen konnte, dass das Mittel unter Umständen ganz entschieden eine besondere Wirkung auf Carcinome ausübt und sie zum Schwinden bringt. Diese zweite Mittheilung machte es jedem Arzte geradezu zur Pflicht, das Mittel bei hoffnungslosen, inoperablen Kranken zu versuchen. Die genauen Beobachtungen, Veränderungen von einem Tage zum andern, und besonders die beigegebenen Photographien zweier Kranken vor und nach der Behandlung, liessen den Gedanken an Selbsttäuschung oder dergl. bei Denisenko gar nicht aufkommen.

Da Ferrein seinen Vorrath ausverkauft zu haben schien (cf. Врачъ № 34), wandte ich mich an Stoll und Schmidt in Petersburg und erhielt alsbald das gewünschte Extract, eine zähe, syrupartige, dunkelgelbgräuliche am Glase haftende Masse von aromatischem Geruch.

Zuerst behandelte ich einen Patienten mit stenosirendem Cardiakrebs — 3 Wochen ohne jeglichen Erfolg. Nur bekam Pat. schliesslich sehr starken Durchfall, der jedesmal nach Aussetzen der Medication aufhörte. Dieser Misserfolg brachte mich auf den Gedanken, dass mein Präparat nicht die richtige Zusammensetzung habe und ich verschrieb eine zweite Portion von Ferrein-Moskau. Diese Portion war sehr dicklicher Consistenz, ähnlich an Farbe dem Meconium, von schwachem, etwas schimmeligem Geruch. Nun war ich froh; da die Extracte verschieden waren, glaubte ich nun das richtige zu besitzen.

Inzwischen war ein Lippenkrebs in Behandlung getreten, der 2 Wochen lang ohne Erfolg behandelt worden war, nun stiess sich ein kleines, wie es schien gesundes Stück aus einem Mundwinkel gangränös ab. Weder Besserung des Krebses noch Reactionen allgemeiner Art traten ein. Ausser beständigen sehr starken Schmerzen war nichts zu bemerken.

Das Ferrein'sche Präparat rief nach der ersten Injection so starkes Fieber hervor, wie D. es nicht beschreibt; es stieg noch am anderen Tage bis 39,6 und fiel erst am 3-ten Tage zur Norm ab. Bald darauf erschien im Wratsch die Warnung Selensky's (Nr. 37); er habe einen alten Pat. beinahe verloren, da nach der Einspritzung Collapse auftraten. Nun beschloss ich zu D. zu reisen um mich durch den Augenschein zu überzeugen, was an der Sache sei und weshalb ich keine Erfolge erzielt. Nach Misserfolgen die Flinte ins Korn zu werfen. dafür hielt ich mich nicht für berechtigt im Hinblick auf die zweite Mittheilung D. Vielmehr hielt ich es für meine Pflicht, der Sache auf den Grund zu kommen. Daher schlug ich meinem Chef, Herrn Al. Was. Paschkoff vor, mich nach Brjansk abzukommandiren auf welche Proposition er in gewohnter liebenswürdiger Weise um so eher sofort einging, als er selbst für medicin. Fragen ein reges Interesse hat.

In Moskau erfuhr ich von einigen sehr beschäftigten Collegen, deren Namen zu nennen ich nicht berechtigt bin, D. sei 2 Mal nach Moskau berufen worden zur Behandlung einer Dame mit Mastdarmkrebs; dieser einen Patientin ginge es besser, die stinkenden, blutigen Ausleerungen hätten sistirt und die Dame sei aufgestanden, während sie vor der Behandlung schwach im Bette gelegen habe. Die Moskauer Collegen aber, welche selbst nach D. behandelt, hätten vollständigen Misserfolg gehabt und die Behandlungsweise wieder aufgegeben. Hierdurch wurde meine Wissbegierde natürlich aufs höchste gespannt, besonders da ich nicht erfahren konnte, ob D. sein eignes Extract mitgebracht, oder in Moskau welches gekauft.

In Brjansk angelangt, erfuhr ich zunächst im Gasthause, alle Kranken, die dort eingekehrt um sich von D. behandeln zu lassen, seien gebessert fortgefahren, und am anderen Tage, als mir D. in liebenswürdiger Weise seine Patienten zeigte, war ich ganz überzeugt von der Richtigkeit dieser Nachricht. Ausser mir waren noch 7 Aerzte anwesend, die sich mit D's Behandlungsweise bekannt machen wollten. Im Ganzen waren im Hospital 30 Kranke mit Tumoren eben in Behandlung; von diesen 30 Tumoren war einer meiner Ansicht nach, wie auch D. selbst glaubte, Sarcom gewesen — wie die Photographie zeigte. Der Tumor selbst war schon vergangen. Bevor D. seine Behandlungsweise uns demonstrirte, zeigte er das Präparat eines Mammacarcinoms, welches, wenn ich nicht irre, nach monatlichem innerlichem Gebrauch von Extr. Chelidonii sich abgegrenzt und eingekapselt hatte. Es wurde dann wie ein Lipom mit dem Finger ausgeschält. Die mikroskopische Untersuchung (Moskauer Klinik) ergab, dass der Tumor wirklich Carcinom war, dessen Zellen in verschiedenen Stadien des Zerfalles sich zeigten, und das sich mit einer bindegewebigen Hülle umgeben hatte. Ich sah die Patientin selbst: eine ganz gewöhnliche Schnittwunde der Brustdrüse war oben im Verheilen begriffen; nichts, was an Carcinom erinnerte!

Alle 30 Kranke zu beschreiben, halte ich für überflüssig, könnte es auch garnicht, da ich keine Notizen gemacht habe. Einige von ihnen, die mir genauer im Gedächtniss geblieben, seien hier angeführt. Ich bemerke vorher ausdrücklich, dass sich in den Details Fehler einschleichen können. Ob mikroskopische Präparate der betr. Tumoren gemacht worden sind, ist mir nicht bekannt; doch handelte es sich sicherlich um das, was man klinisch Carcinom und Sarcom nennt, denn z. Th. waren die Patienten mehrfach wegen dieser operirt worden und hatten Recidive bekommen.

1) Ein Epitheliom der Nase bei einer Popenfrau von vielen Aerzten ohne Erfolg behandelt, überzieht sich mit Epidermis und ist unter Einwirkung der Extr. Chelidonii weich geworden. So viel ich mich erinnere, ist nur geschmiert, nicht gespritzt worden.

2) Ein Cancer à cuirasse Mammae. Die Partien des Carcinoms, welche unterhalb der Brustdrüse waren, sind vollkommen verschwunden; während unterhalb der Brustdrüse früher ein unbeweglicher, harter Tumor war, sind dort jetzt nur einige braun pigmentirte Stellen, — die Injectionsstellen übriggeblieben. Wo an der Brustdrüse selbst gespritzt worden ist, dort ist der Tumor weich geworden und von der Umgebung deutlich abgrenzbar.

3) Ein Mastdarmkrebs, mehrfach operirt und immer wieder recidivirt. Bei der Aufnahme hat Pat. wegen Schwäche und Schmerzen im Bett gelegen, während er eben den Eindruck eines gesunden Menschen macht. Das Carcinom nahm das untere Rectumende ein und ragte aus dem anus hervor. Eben ist von Carcinom nichts zu sehen, im Rectum sollen noch Reste vorhanden sein. Die Behandlung geschieht folgendermaassen: Ein kleines Speculum (mit Obturator) wird eingeschoben, an Stelle des herausgezogenen Obturator führt D. einen Wattebausch, mit der Masse zum Schmieren (cf. Врачъ, 3-ter Brief D.'s) an einem Draht ein, und über diesem zieht er das Speculum heraus. Beim Herausziehen des Drahtes wird die Oberfläche des restirenden Carcinoms geschmiert. In die Umgebung des Anus wurden einige subcutane Injectionen mit Extr. Chelidonii gemacht.

4) Ein riesiges Sarcom am Stumpfe des im oberen Drittel amputirten rechten Armes bei einem 30-jährigen Manne. Zwischen Schulter und Hals eine Gänseeigrosse Metastase. Das Sarcom am Stumpf ist vollkommen verschwunden. Die Metastase verwandelte sich innerhalb 1 Monats in einen gewöhnlichen Abscess, der geöffnet wurde und oben fast verheilt ist. Ich habe die bei der Aufnahme hergestellte Photographie gesehen.

5) Ein Kindskopfgrosser Tumor (Carcinom oder Sarcom) der seitlichen Halsgegend ist in 2 Monaten vollkommen verschwunden und hat eine eingezogene Narbe hinterlassen.

6) Ein Carcinom des Unterkiefers bei einem Greise ist weich geworden und im Schwinden begriffen. Während Pat. bei der Aufnahme vor 2 Monaten den Mund absolut nicht öffnen konnte, kann er das jetzt ohne Beschwerde.

7) Narbencarcinom der Brustdrüse, das sich bis in die Axilla erstreckt und bewirkt hatte, dass Patientin den Arm vom Thorax nicht entfernen konnte. Ueberall, wo injicirt worden ist, ist der Tumor weich und abgrenzbar geworden. Patientin hebt den Arm bis zu 1 R.

In der ganzen Zeit, dass D. mit Chel. behandelt, hat er nur 2 Todesfälle zu verzeichnen, was um so auffallender ist, als sich zu ihm meist verlorene Patienten wenden, die nicht mehr operirt werden können. Einer dieser Todesfälle erfolgte wegen Schwäche, der andere Fall ist so interessant, dass er wiedererzählt zu werden verdient: Es handelte sich um ein sehr grosses Carcinom (so sagte D.) der seitlichen Halsregion, unbeweglich, mit den Wirbeln verbacken. Während der Behandlung begann es zu zerfallen und schliesslich wurde Medulla oblongata und Halsmark blosgelegt. Patient starb wie D. sagte, weil von seinem Halse zu wenig nachblieb.

Das genauere über die Behandlung selbst ist im Wratsch aufzusuchen. Betreffs der Injectionen sei noch gesagt, dass D. sie folgendermaassen ausführt: er mischt Extr. Chel. spiss. mit aq. dest. aa in einem Reagensglas, filtrirt durch Watte und kocht über der Spirituslampe, bis die Flüssigkeit einige Mal aufbraust. Diese Procedur zerstört die Wirksamkeit nicht nur nicht, sondern erhöht sie offenbar. Seitdem D. solcher Art sterilisirte Flüssigkeit zu subcutanen Injectionen — nicht parenchymatosen — benutzt, hat er keinerlei unangenehme Reaction gesehen, ausser Schmerz, der aber nicht lange anhält.

Wie haben wir uns nun die häufigen Misserfolge zu erklären, die unsere Collegen und ich selbst auch gehabt? Auf falscher Diagnose und fehlerhafter Behandlungsweise beruhen sie doch wohl nicht; wohl aber wahrscheinlich auf grossen Schwankungen in der Zusammensetzung des Extractes. Nach D.'s Worten ist es sehr schwer, ein gutes Präparat zu erhalten; das von Ferrein soll eine Zeit lang ganz schlecht gewesen sein. Und da wahrscheinlich die meisten Collegen gerade von ihm das Extract verschrieben, ist es wohl erklärlich, weshalb das Mittel so in Misskredit gerathen ist, wie in den Kreisen der Moskauer Collegen, die ich gesprochen.

Ich habe daher sowohl vom guten als auch vom unbrauchbaren Präparat Proben aus Brjansk mitgenommen und einen sehr bekannten Moskauer Collegen gebeten ihre Bearbeitung zu besorgen. Hoffentlich wird es sich über kurz oder lang herausstellen, welcher der vielen Bestandtheile, oder welche Gruppe die eigentliche Wirkung entfaltet, dann wird man mit mehr Sicherheit arbeiten können.

Bisher ist in den Zeitungen ausser den Mittheilungen des Entdeckers Denisenko selbst, nur ein Mal eine solche so viel ich weiss (Semaine médicale Nr. 56) über günstige Erfolge durch Extr. Chelidonii erschienen und soviel ich bei meinem kurzen Aufenthalte in Moskau erfahren konnte, ist, wie gesagt, dieses in seiner Anwendung gegen Carcinom neue, sonst allerdings sehr alte Mittel stark in Misskredit gerathen. Es giebt sogar Collegen, welche die ganze Sache für Schwindel erklären und von ihr nichts wissen wollen. Ich habe aber auch bemerkt, dass die Collegen das Referat eines Augenzeugen mit grossem Interesse aufnahmen, und dieser Umstand hat mich bewogen, was ich gesehen und gehört, den heimischen Collegen in allgemeiner Weise zu berichten.

Mancher Ungläubige wird vielleicht durch meine Mittheilung bewogen werden das Mittel zu versuchen und wenn er über ein gutes Präparat verfügt, wird er seinen Patienten Erleichterung und vielleicht Heilung bringen.

Wenn ich das was ich gesehen zusammenfasse, so muss ich sagen: das Mittel existirt ganz ohne jeglichen Zweifel, welches im Stande ist, Carcinome ohne Operation zur Heilung zu bringen; aber solange der wirksame Bestandtheil oder die wirksame Gruppe von Bestandtheilen aus dem Gemisch, welches das Extractum Chelidonii bildet, nicht isolirt und erkannt ist, muss man verschiedene Präparate versuchen und darf die Versuche nicht aufgeben, wenn man mit einem Präparat keinen Erfolg erzielt hat[1]).

Referate.

Kader-Breslau: Zur Technik der Gastrostomie (Centralbl. f. Chirurg. Nr. 28, 1896).

Verf. berichtet über ein neues von ihm ersonnenes Verfahren der Gastrostomie, das sich der Witzel'schen Methode in Bezug auf das Endresultat zwar anschliesst, technisch jedoch nicht unwesentlich von ihr abweicht. — «7—10 cm. langer Schnitt durch Haut und Fascie parallel dem Rippenbogen und 1½—2 Querfingerbreit unter demselben, stumpfes Auseinanderdrängen des linken Rectus der Länge nach, Eröffnung des hinteren Blattes der Rectusscheide sammt dem Peritoneum in sagittaler oder schräger Richtung. Hervorhebung einer Magenfalte, die durch 2 Seidensuturen in der Wunde fixirt wird. — Anlegung einer Magenfistel und Einschiebung eines bleifederdicken Gummirohres in die Magenöffnung, das sofort durch eine Catgutnaht am Rande der Magenwunde befestigt wird. Zu beiden Seiten des senkrecht zur Magenoberfläche stehenden Gummidrainrohres werden je 2 etwa 1—1½ cm. von einander entfernte Lembert'sche Nähte derart angelegt, dass sie je 1 cm. breite Serosaflächen an einander schliessen, zwischen denen eine 2 cm. breite Rinne frei bleibt. Durch Knüpfen dieser «Tiefen Verschlussnähte» werden 2 Längsfalten gebildet; der das Gummirohr umschliessende Theil der Magenwand wird dadurch nach innen eingestülpt und dieser eingestülpte Theil bildet nun einen Trichter, der senkrecht zum Magen gestellt ist. — Zur Verlängerung des Kanals werden über den schon vereinigten Falten zwei weitere, sie einschliessende Falten gebildet und in gleicher Weise und Richtung durch 4 Nähte vereinigt («oberflächliche Verschlussnähte») durch «Fixationsnähte», welche das Peritoneum und das hintere Blatt der Rektusscheide einerseits und andererseits die Serosa und Muskularis des Magens fassen, wird der Magen an die Bauchwunde fixirt und durch eine Reihe weiterer Fixationsnähte die Befestigung des Magens verstärkt und zugleich der Abschluss der ganzen zur Anlegung der Fistel benutzten Magenpartie gegen die Bauchhöhle erzielt. Die Bauchdeckenwunde wird durch versenkte, das vordere Blatt der Rektusscheide vereinigende und durch äussere, die Haut und Fascia superficialis fassende Nähte geschlossen».

Verf. berichtet, dass bereits 10 mal in der Breslauer Klinik nach diesem Verfahren operirt wurde und dass der Erfolg stets ein guter, die Schlussfähigkeit der Fistel dauernd eine absolute gewesen sei. — Beigegeben sind der Abhandlung vier das Gesammtverfahren deutlich illustrirende Zeichnungen.

Brackel.

[1]) Während meiner Anwesenheit in Brjansk arbeitete D. mit einem Präparat von Яковлевъ, Лефортовская аптека, Москва und war damit äusserst zufrieden. Dasselbe war dickflüssiger als das von Stoll u. Schmidt aber nicht so fest wie das Ferrein'sche. Die Farbe hielt zwischen beiden die Mitte, der Geruch war sehr stark aromatisch. Nachdem Ferrein auf die schlechte Beschaffenheit seines Präparates aufmerksam gemacht worden, wird er wohl ein gutes in den Handel geben.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Giuseppe Pianese: Beitrag zur Histologie und Aetiologie des Carcinoms. Jena, Fischer 1896.

In dieser 12 Bogen starken Monographie, der über 50 untersuchte Fälle von Carcinom zu Grunde liegen veröffentlicht der Verfasser die Resultate langjähriger Studien. Dabei kommt er zum Schluss, dass sich alle bis jetzt beim Carcinom als Parasiten beschriebene Formen leicht als specielle Zellalterationen erklären. Verf. verwandte eine eigene Härtungs- und 6 eigene Färbemethoden, die allerdings glänzende Resultate zu Tage förderten. Der Leser erhält einen völligen Ueberblick über die sehr umfangreiche Literatur und den augenblicklichen Stand der Krebsfrage. Der Verleger hat das Werk mit 8 lithographischen farbigen Tafeln versehen, die einen Triumpf der heutigen Reproductionstechnik bedeuten. W. Beckmann.

H. Eichhorst. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 5. Aufl. 1896. Wien, Urban und Schwarzenberg. Band III.

In schneller Folge erscheinen die einzelnen Bände der neuesten, 5. Auflage des Handbuches von H. Eichhorst. Der vorliegende 3. Band besitzt alle Vorzüge der schon erschienenen Bände. Dieselbe enthält die Krankheiten der Nerven, Muskeln und Haut in stellweise mehrfach umgearbeiteter Darstellung. Das Werk ist von der Verlagshandlung mit 257 vorzüglichen Holzschnitten versehen und bedarf keiner weiteren Empfehlung. B.

Dr. Leopold Casper Privatdocent an der Universität Berlin. Die diagnostische Bedeutung des Catheterismus der Ureteren. Berlin, Coblentz 1896.

Es ist heut zu Tage nicht mehr nöthig über den Werth der Cystoscopie ausführlich zu sprechen. Wie die Wichtigkeit der Laryngoscopie jedem Arzte, auch dem Nichtspecialisten, klar ist, so ist es auch mit der endoscopischen Untersuchung der Harnwege der Fall, und ebenso wie eine laryngoscopische Untersuchung eine Conditio sine qua non einer exacten Diagnose der Larynxerkrankungen ist, gehört auch der cystoscopische Beweis zur Begründung der exacten urologischen Diagnose. Die Symptomatologie der verschiedenen Harnkrankheiten ist noch immer recht verwickelt, und wir haben eigentlich so wenige positive Anhaltspuncte für die Differentialdiagnostik auf diesem Gebiete, dass die endoscopische Untersuchung in vielen Fällen als die einzige ausschlaggebende erscheint. Die seit wenigen Jahren datirende Erfindung des Cystoscops hat schon mehrere strebende Geister zur weiteren Entwickelung der Methode angespornt, und selbst der geniale Erfinder begnügte sich nicht damit auf seinen Lorbeeren auszuruhen, sondern fuhr fort mit unermüdlichem Fleiss an seinem Werke weiter zu arbeiten und construirte bald ein Irrigationscystoscop, darauf ein Photographir-cystoscop, schliesslich ein Operationscystoscop, das in seiner Vollendung in den letzten Wochen veröffentlicht wurde. Ebenso suchten auch andere Urologen zur Ausbildung der cystoscopischen Diagnostik das Ihrige beizutragen. Besonders einen Punkt gab es in der Urologie, der seit vielen Jahren das Ziel vergeblicher Bestrebungen mehrerer Fachmänner war. Man suchte nämlich nach der Möglichkeit den Urin aus jeder Niere appart aufzufangen, um dadurch über den Zustand resp. die Existenz der 2ten Niere vor einer Nierenoperation oder gar Nierenexstirpation klar zu werden.

Die vielen angegebenen Methoden waren entweder zu complicirt, oder unzuverlässig, oder beides zusammen. Erst nach der Erfindung der Cystoscopie kam man der Sache näher, indem man mit dem Auge den aus den Ureteren ausströmenden Urin beobachten konnte. Aber nicht in allen Fällen konnte die Cystoscopie der Aufgabe genügen. Wo der Nierenurin dicken Eiter enthält und die Blasenflüssigkeit ganz klar ist, dort können wir sehr schön sehen, wie die Eitermassen aus dem Ureter ins Blasencavum einströmen: wenn aber der Nierenharn nur ganz leicht getrübt ist und die Blasenflüssigkeit, trotz der sorgfältigsten Ausspülungen, immer nicht absolut

klar zu erhalten ist, da fällt es uns schwer zu entscheiden, ob das Nierensecret Eiter enthält oder nicht. In solchen Fällen kann nur der directe Catheterismus der Ureteren Aufschluss geben. Aber ein gutes Instrument zum erfolgreichen directen Catheterismus der Ureteren bei Männern zu erfinden war nicht leicht.

Die Ureteren-Cystoscope von Brenner, James-Brown und selbst das Nitze'sche waren nicht von Mängeln frei. Casper scheint es gelungen zu sein manche Fehler in der Construction zu vermeiden und ein recht brauchbares Instrument zu erfinden. In seiner vor Kurzem erschienenen Monographie legt er neben einer kurzen historischen Skizze der Geschichte des Catheterismus der Ureteren und der ausführlichen Beschreibung des von ihm construirten Ureteren-Cystoscops, auch seine Erfahrungen die er im Verlaufe von 1½ Jahren mit seinem Instrumente gemacht hat, nieder. Die Resultate sind recht interessant. Auf Grund sorgfältiger Untersuchungen fühlt sich Verfasser berechtigt die diagnostische Bedeutung des Catheterismus der Ureteren in folgende 4 Punkte zusammen zu fassen: 1) Der Harnleiter-Catheterismus gestattet die Unterscheidung ob die Blase oder die Niere oder alle beide Sitz der Erkrankungen sind. 2) Wenn eine Nierenaffection als sicher vorhanden angenommen wird, vermag er in vielen Fällen, in denen lediglich Freilegung einer Niere zur Klarheit in der Diagnose führen würde, ohne diese Aufschluss zu geben, in welcher Niere die Krankheit besteht, oder ob sie doppelseitig ist. 3) Wenn eine Niere als krank erkannt ist, so giebt er in der Mehrzahl der Fälle Aufschluss über das Vorhandensein, die Gesundheit, beziehungsweise Leistungsfähigkeit der anderen Niere. 4) Er lässt uns Hindernisse im Ureter mit Sicherheit diagnosticiren. Die bei jedem Punkte angeführten Krankengeschichten sind gut gewählt und in der That recht beweisend. Was das Instrument selber anbetrifft, so kann man es, meiner Ansicht nach, noch immer nicht für ein ideales halten. Erstens fliessen während der Untersuchung Wassertropfen aus der für den Catheter bestimmten Rinne heraus, zweitens stockt zuweilen der Catheter beim Herausgleiten aus der Rinne ins Blasencavum (mir ist es jedenfalls passirt, ich musste den Catheter einige Mal hin und her bewegen, bevor er aus der Rinne herauskam), drittens ist der Mandrin des Catheters so dünn gearbeitet, dass einmal herausgenommen, er nur mit Mühe oder gar nicht hereingeführt werden kann. Es sind wohl Kleinigkeiten, aber sie müssen verbessert werden, weil sie das sonst sehr gute Instrument in Misscredit bringen können.

M. Kreps.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1259 Sitzung am 23. Sept. 1896.

1. Herr Kernig demonstrirt einige ungefärbte Präparate der Leydenia gemmipara-Schaudin.

Es handelt sich hierbei um eine Amöbe, welche Leyden im peritonitischen Exsudate 2 er an Carcinom der Bauchhöhle leidender Patienten gefunden hat: Dieselbe ist vom Assistenten des Zoologischen Institutes in Berlin, Schaudin, näher untersucht und als zu den Rhizopoden gehörig erkannt worden. Diese Amoebe, deren aetiologische Bedeutung von den Entdeckern vorderhand offen gelassen wird, ist viel grösser als ein farbloses Blutkörperchen, gruppirt sich gern in Nestern, besitzt ein körniges Protoplasma und pulsirende Vacuolen, lässt einen deutlichen Kern erkennen, vermehrt sich durch Knospenbildung und zeigt schliesslich bei einer Temp. von 25° C. deutliche amoeboide Bewegungen. Ref. hat sein Präparat durch Probepunktion aus dem haemorrhagischen Pleura-Exsudate einer an Carcinom der Ovarien, des Peritoneum und der Pleura leidenden 35 jährigen Patientin gewonnen. Dieselben Amoeben fanden sich ferner und zwar wesentlich reichlicher, auch in der gleichfalls haemorrhagischen trüben Punktionsflüssigkeit des Abdomen.

Herr Westphalen erinnert an die Aehnlichkeit dieser Amoebe mit gequollenen und degenerirten Endothelien, welche gleichfalls in grosser Anzahl bei der Punktion von Exsudaten seröser Höhlen gefunden wurden. Nur die fehlenden amoeboiden Bewegungen der Endothelzellen dürften hierbei vor Verwechselung schützen.

2 Herr Kernig hält einen Vortrag «Ueber das Vorkommen von Dämpfungen der Lungenspitzen ohne pathologische Veränderung in denselben».

(Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden).

Director: Dr. Kernig.
Sectretair: Dr. Westphalen.

Auszug aus den Protokollen des Vereins Revaler Aerzte.

Sitzung vom 9. Januar 1895.

Herr von Rennenkampff stellt eine Patientin mit spontaner Hautgangrän vor. Es ist ein 20 jähriges Mädchen von normaler Statur mit gut entwickeltem panniculus adiposus und kräftiger Muskulatur. Auf der äusseren Haut im Gesichte finden sich 4 etwa 20 kopekenstückgrosse erythematöse etwas erhabene Flecken, deren Berührung lebhafte Schmerzen hervorruft. Auf dem linken Unterarm und der Hand befinden sich sieben durch Grösse, Farbe und Configuration verschiedene disseminirte Flecken, von denen einige erythematös und hochgradig empfindlich sind, andere im Centrum nekrotisirt sich erweisen und demgemäss schwarzblau verfärbt und anästhetisch sind, während die braunrothe Umrandung hochgradige Hyperästhesie aufweist. Diese Flecken finden sich sowohl auf der Streckseite, als auch auf der Beugeseite; der auf letzterer zuerst aufgetretene Fleck ist in der Mitte ganz weiss und fühlt sich pergamentartig an. — Die Anamnese bietet keine genügenden Anhaltspunkte zur Erklärung dieser Affektion. Patientin hat in früheren Jahren Masern, Keuchhusten und Windpocken gehabt und später, vor jetzt 9 Jahren wegen angeblich scrophulöser Beanlagung Schlammbäder und ein Stahlbad im Auslande mit Erfolg gebraucht. Vor 3 Monaten zog Patientin sich eine Verbrennung 2-ten Grades am linken Handgelenk zu, die jedoch gut heilte. Eine schon längere Zeit bestehende sehr reizbare Gemüthsstimmung und häufige Kopfschmerzen waren in letzter Zeit die einzigen Erscheinungen, die auf einen vielleicht alterirten Gesundheitszustand hinwiesen. Appetit, Verdauung, Schlaf und Periode vollständig normal. — In den ersten Tagen des Januar empfand Patientin am linken Unterarm ein heftiges Brennen auf einer Stelle der Haut im Umkreise einer Fünfkopekenstückgrossen Partie, die zugleich etwas erhöht und gerötet war. Innerhalb 24 Stunden verfärbte sich die Stelle, wurde heller und schliesslich weiss und in der Mitte gefühllos, während die Randpartien lebhaft roth und schmerzhaft waren. Während sich der erste Fleck derart veränderte, traten noch weitere an demselben Unterarm auf, desgl. auch auf dem Handrücken. Einige Flecken schwanden jedoch schnell spontan ohne nachbleibende Veränderung. Gleichzeitig bestanden Schmerzen im ganzen Arm und in der Hand. Am 5-ten des Monats trat im Gesicht auf der rechten Stirnhälfte ein ähnlicher Fleck auf, und am 6-ten noch 3 weitere. Die kranken Stellen sollen nach Angabe der Patientin spontan stechen und brennen. Eigenthümlich ist das Verhalten der Körpertemperatur: bei vorherrschend subnormaler, bis 34.2 heruntergehender Temperatur kommen Schwankungen häufig vor und ist wiederholt schon 38.1 gemessen worden. Die Prognose des Falles ist nach Kaposi günstig zu stellen, wenn auch eine 2 bis 3 jährige Dauer der Krankheit anzunehmen ist und eine Hypertrophie der Narben erwartet werden muss. Therapeutisch wendet Vortr. Arsenik in grösseren Dosen an.

Sitzung vom 6. März 1895.

Herr Weiss spricht über Syringomyelie und stellt im Anschluss hieran zwei mit Syringomyelie behaftete Patienten vor. Die beiden Fälle sollen publicirt werden.

Sitzung vom 10. April 1895.

Herr Greiffenhagen berichtet über 19 im Laufe von 2 Jahren ausgeführte Kropfexstirpationen. Nur zwei der Kropfkranken waren Männer, die übrigen 17 Frauen. Alle Operationen sind gut verlaufen. In einem Falle trat nachträgliche Eiterung der Kapsel ein und musste der Abscess gespalten werden, wonach schnelle Heilung erfolgte. Die Drainage der Kapsel wurde in den ersten Fällen mit Gummidrains, später, um weniger sichtbare Narben zu erzielen, mit Jodoformgaze ausgeführt. Die Heilungsdauer war in sämmtlichen Fällen eine sehr kurze und konnten die meisten Patienten am fünften Tage entlassen werden. Thyreoidearreste sind in allen Fällen zurückgelassen worden. In 12 von den 19 Fällen ist am dritten Tage ein hämatogener Icterus aufgetreten, der aber bald wieder schwand. Die an diesen 19 Fällen gemachten Erfahrungen haben Vortr. sehr ermuthigt. Nie haben sich irgendwelche Gefahren entgegengestellt, mehrmals dagegen, wo schon Compression der Trachea statt hatte, war ersichtlich, dass die Operation einer ernsten Lebensgefahr vorgebeugt hatte.

Herr Greiffenhagen berichtet als Beispiel dafür, wie lange nach einer stattgehabten Verletzung sich noch ernste Gefahren aus derselben entwickeln können, über folgenden Fall: Ein Dienstmädchen hatte auf der Strasse von einem Vorübergehenden einen Messerstich in den Leib erhalten. Die penetrirende Wunde rief eine lokale Peritonitis hervor, welche indess rasch heilte. Mehrere Wochen später

erkrankte Patientin an den Erscheinungen einer Polyarthritis, die auch als solche diagnosticirt und mit Salicyl behandelt wurde, jedoch keine Tendenz zur Besserung zeigte. Gleichzeitig trat auch ein dem Erythema nodosum ähnliches Exantem auf. Als sich später Vereiterung des Talus-Gelenkes und multiple Abscesse einstellten, wurde das Leiden als Pyämie, offenbar von der längst verheilten Verletzung herrührend, erkannt. Die Patientin sieht gegenwärtig der Amputation des einen Beines entgegen.

Herr Greiffenhagen referirt ferner über eine plastische Operation, welche er bei einem Kinde das mit Atresia ani vaginalis geboren war, ausgeführt hat. Der Anus sass dicht unterhalb der Vagina ohne sichtbares Septum. Stumpfe Auslösung und Proktoplastik 1 cm. unter der Vagina. In zwei anderen früher von Vortr. operirten Fällen von vollständiger Atresia ani liess sich das Rectum-Ende ganz oberflächlich etwa ½ cm. tief finden und hervorziehen. Klinisch bestand in diesen am 2. Lebenstage operirten Fällen Erbrechen und aufgetriebener Leib.

Sitzung vom 1. Mai 1895.

Herr Kusik hat einen Fall von Dermatoid in der Lunge beobachtet, der zur Sektion kam. Das in Spiritus aufbewahrte Präparat wird demonstrirt, es stellt eine etwa apfelgrosse hautige Cyste dar, die Communikation mit einem Bronchus einerseits und einer benachbarten tuberkulösen Caverne andererseits aufweist. Im Innern enthält die Cyste ein reichliches Büschel blonder Haare. Der Fall betraf ein 29 jähriges Mädchen, das seit etwa 3 Jahren an Phthisis pulmonum gelitten hatte und während der Zeit mehrmals Haare expektorirt hatte. Vortr. giebt eine Uebersicht der bisher in der Literatur angeführten Fälle von Dermatoid der Lunge und neigt der Ansicht zu, nach der das Vorkommen als eine frühzeitige Ausstülpung der foetalen Kiemenspalte anzusehen sei.

Herr Greiffenhagen berichtet über folgende Fälle aus seiner chirurgischen Praxis:

a) Exstirpation eines Carcinoma recti nach Kraske, Resektion des Kreuzbeins, Exstirpation des Steissbeins. Es erwies sich, dass das Carcinom bis hinauf zur Prostata reichte und war die Operation daher eine sehr schwierige. Es gelang eine befriedigende Plastik herzustellen und war der Verlauf zuerst ein guter. Am dritten Tage aber stellten sich Unbesinnlichkeit und frequenter Puls ein und ging der Pat. bald darauf an Sepsis zu Grunde. Es hatte in diesem Fall bei der Operation das Peritoneum eröffnet werden müssen.

b) ein Fall von Ileus bei einer 71 Jahre alten Dame, die am 8. Tage nach den ersten Stenose-Erscheinungen operirt wurde. Es fand sich eine Axendrehung im Coecum vor, die durch einen Strang zwischen Gallenblase und Colon ascendens verursacht war, wobei letzteres sich bereits in gangränescirtem Zustande vorfand. 48 Stunden nach der Operation trat Collaps und Tod ein.

c) Bei einer im Hospital aufgenommenen Patientin, die einen Messerstich in den Leib seitlich von der linea alba erhalten hatte, war die Verletzung genäht worden und die Wunde anscheinend gut verheilt. Beim Verlassen des Hospitals jedoch platzte die Nath auf und es prolabirte etwa 1 Meter Dünndarm. Als Vortr. einige Stunden später zu der Patientin kam, fand er den prolabirten Darm von der Bauchwunde stark strangulirt. Das Peritoneum viscerale war ohne Glanz und mit Fibringerinseln bedeckt. G. erweiterte die Wunde, reponirte den Darm und vernähte nochmals. Es soll reaktionslose Heilung eingetreten sein.

d) Ein Fall von Blasentuberkulose mit Ausgang in Heilung. Ein 47 jähriger sehr elend aussehender Mann kam mit Harnverhaltung und gleichzeitigem Harnträufeln in G.'s Behandlung. Am Orificium penis fand sich eine derbe Infiltration. Katheterismus war nicht möglich. Im Harn fanden sich zahlreiche Tuberkelbacillen, links am Blasenscheitel liess sich durch Palpation ein Tumor von Eigrösse constatiren. In der Nierengegend bestanden Schmerzen. Im Scrotum fand sich eine angeblich seit 10 Jahren bestehende Hydrocele der rechten Seite. Der Pat. sollte bereits als unheilbar entlassen werden, da stellten sich offenbar von Harninfiltration herrührende Temperatursteigerungen ein. Es wurde die Sectio mediana ausgeführt und Blasenspülungen angewandt, gleichzeitig wurden 10,0 Jodoformglycerin injicirt. Es trat Abfieberung und Besserung des Allgemeinbefindens ein. Bald liessen sich auch keine Tuberkelbacillen mehr im Harn nachweisen. Der Verweilkatheter lag wochenlang in der Blase und konnte dann schliesslich, da vollständige Heilung eingetreten war, entfernt werden. Eigenthümlich ist bei diesem Fall auch der Umstand, dass unter der Blasenbehandlung auch die Hydrocele spontan schwand.

e) Ein Fall von Papillom der Blase. Der jetzt 54 J. alte Patient hat, solange er sich erinnern kann, stets sehr oft uriniren müssen. Im vorigen Jahre stellten sich Blutungen aus der Blase ein und bestanden gleichzeitig die Symptome einer ascendirenden Entzündung der Harnwege. Eine von Dr. Dombrowsky ausgeführte Sectio mediana konnte kein ganz klares Resultat über den Zustand der Blasenschleimhaut, die mit Wucherungen bedeckt erschien, zu Tage fördern. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurde ein Stück excidirt und erwies sich als Papillom. Einige Monate später, nachdem Pat. sich von einer intercurrenten Pyelonephritis mit hohem Fieber erholt hatte, wurde Dr. Assmuth consultirt, der die Sectio alta ausführte, wobei sich die gesammte Blasenschleimhaut papillomatös degenerirt fand. Es wurden alle papillomatösen Wucherungen entfernt und eine offene Behandlung folgen gelassen. Die Heilung verlief sehr gut und wurde Pat. bald wieder arbeitsfähig.

f) Fall von Chloroformtod. Bei einer 54-jährigen Frau mit Symptomen von Magencarcinom sollte die Resection der Neubildung vorgenommen werden. Die Narkose verlief zuerst gut und war nicht tief. Puls und Athmung waren von vornherein gut, die Pupillen eng. Während der Manipulation am Magen wurde der Puls plötzlich unregelmässig und Erbrechen trat ein. Sehr bald sistirte der Puls vollständig, desgl. etwas später die Athmung, gleichzeitig wurden die Pupillen weit. Es wurden ohne jeden Erfolg rhythmische Stösse gegen die Herzwand, Faradisation der Nn. phrenici und künstliche Respiration angewandt. Der Sektionsbefund war völlig negativ. Das Carcinom sass gürtelförmig und hätte bequem resecirt werden können.

g) Demonstration eines exstirpirten Nierencarcinoms. Dasselbe hatte einer 69-jährigen Frau angehört, die seit ca 3 Jahren an Kopfschmerzen, heftigen Schmerzen in der Nierengegend und Blutungen aus der Blase gelitten hatte. Da sich ein faustgrosser Tumor in der rechten Nierengegend palpiren liess und deutliche Kachexie bestand, war die Diagnose sicher auf Carcinom der Niere gestellt worden. Der Heilungsverlauf war gut und reaktionslos.

Sitzung vom 11. September 1895.

Herr Greiffenhagen berichtet über zwei Fälle von angeborenen Hirntumoren, die er kürzlich operirt hat.

Der eine Fall betraf ein zweijähriges Kind, das auf der Stirn zwischen den Augenbrauen einen 6 cm langen und 6½ cm breiten Tumor aufzuweisen hatte, über dem die Haut verschieblich war. Der pulsirende Tumor liess in der Tiefe eine Knochenlücke durchpalpiren. Es wurde der mit dem Knochen verwachsene Sack vor der pulsirenden dura mater abgetragen, wobei eigenthümliche fetttraubchenartige Gebilde zum Vorschein kamen, deren Natur nicht sicher bestimmt werden konnte. Zur Plastik wurde ein Periostlappen umschnitten und vernäht. Während der Narkose wurden klonische Krämpfe bemerkt, jedoch liessen sich bei Compression des Tumors keinerlei Hirnerscheinungen hervorrufen. Nach anfangs gutem Verlauf trat am 8. Tage Fieber auf und wölbte sich durch eine kleine Lücke der Wunde Hirn vor. Die Wunde platzte, es zeigte sich Eiter und stieg die Temperatur auf 40,5, gleichzeitig traten Krämpfe auf und prolabirte viel Gehirn. Der Puls wurde sehr frequent, bald trat der Tod ein. Die Infektion dürfte durch den Thränen-Nasenkanal erfolgt sein, denn beim Weinen des Kindes sickerte stets Flüssigkeit aus der Wunde. Die Sektion konnte nicht stattfinden. Der Geschwulstinhalt fühlte sich derb an und schien bindegewebig degenerirtes Hirn zu sein.

Der zweite Fall von Hirntumor war eine doppelseitige Meningoencephalocele bei einem 4-jährigen Kinde. Dasselbe hat am rechten Auge von Geburt an einen nussgrossen Tumor, der erst nach dem zweiten Lebensjahr, und zwar schnell zu wachsen begann. Vor etwa einem Jahr trat an der entsprechenden Stelle des linken Auges ebenfalls ein Tumor auf. Als das sonst muntere und normal entwickelte Kind zur Beobachtung kam, war der Tumor am rechten Auge bereits gänseeigross und schien gleichsam aus der medialwärts geplatzten Lidspalte herauszuwachsen, den Bulbus ganz verdrängend. Links ein ähnlicher Tumor mit der Basis fast bis zum Nasenflügel reichend. Am 15. Mai wurde der rechte Tumor, ein eiweisshaltige Flüssigkeit enthaltender Sack, der keine Kommunikation mit der Schädelhöhle aufwies, entfernt, wobei der total atrophirte Bulbus exstirpirt wurde. Drei Wochen später wurde der linke Tumor operirt, wobei aus der angeschnittenenen dura liquor cerebrospinalis herausfloss. Nach Vernähung der Dura und Drainage mit Jodoformgaze heilte auch diese Wunde ebenso wie die erste ohne Hirncomplicationen.

Sitzung vom 2. Oktober 1895.

Herr Hansen spricht über von ihm in letzter Zeit mehrfach behandelte phlegmonöse Angina. Sie folgt oft einer lacunären Angina mit leichtem Belag und hat ihren Sitz meist im peritonsillären Bindegewebe. Meist bildet sich ein Abscess aus, der jedoch wegen des gequälten Zustandes der Patienten und der meist bestehenden Unmöglichkeit den Mund zu öffnen schwer zu palpiren und zu incidiren ist. Von wohlthuendem Einfluss erweisen sich hier die von Ziemssen empfohlenen parenchymatösen Injectionen von ½ Spritze einer

3% Carbollösung. Bei einer Patientin, die kürzlich zum dritten Male von einer phlegmonösen Angina befallen war und sich früher stets zwei Wochen lang damit gequält hatte, ist unter genannter Behandlung jetzt der Process in 6 Tagen so ziemlich abgelaufen. Erforderlich sei es, langsam zu injiciren und wenn trotzdem die Carbollösung irgendwo aus der erkrankten Partie wieder hervorsickert, sofort wieder eine neue Injektion folgen zu lassen. Die Injectionen wurden nicht nur in die Tonsillen selbst, sondern auch in den Gaumenbogen gemacht. Zu einem Abscess und einer Entleerung desselben ist es in den vom Vortr. beobachteten Fällen nicht gekommen. Mit der Behandlung ist stets im Beginn der Erkrankung begonnen worden, bevor noch anzunehmen war, dass sich ein Abscess gebildet hätte. Nach jeder Injection war sofort Besserung zu bemerken.

Herr Greiffenhagen hat in 2 Fällen auch injicirt, jedoch nicht mit so gutem Erfolge, da es nach vorübergehender Besserung doch zur Abscessbildung kam. In anderen Fällen habe er eine spontane Rückbildung der phlegmonösen Angina auch ohne besondere Therapie eintreten gesehen. Die Eröffnung eines ausgebildeten Abscesses sei ihm mehrmals gelungen, es empfehle sich hier die Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze.

Herr Hoffmann beobachtete einen Fall von Geistesstörung nach Influenza.

Eine etwa 50-jährige Frau, die soeben eine Influenza durchgemacht hatte, erschien bei ihm sehr aufgeregt mit deutlichen Erscheinungen von Seelenblindheit. Alle Gegenstände waren ihr fremd; ihr Haus hatte sie nicht finden können; einen Brief nicht zu schreiben vermocht, weil sie die Buchstaben nicht sah.

Herr Weiss bestreitet die Bezeichnung «Geistesstörung» und ist geneigt im vorliegenden Fall einen lokalen Heerd an der Grenze des Hinterhaupt- und Schläfenlappens anzunehmen. Gerade nach Influenza kämen Embolien und Thrombosen im Gehirn, auch richtige Encephalitiden garnicht so selten vor.

Sitzung vom 4. December 1895.

Herr Bätge theilt einen von ihm beobachteten Fall von Endocarditis ulcerosa mit, der wegen der hierbei beobachteten Temperatursteigerungen interessant erscheint. Der Charakter des Fiebers war ein exquisit pyämischer mit starken Remissionen. Die höchsten sicher constatirten — mit zwei Thermometern gemessenen — Steigerungen betrugen 43,6. Der Patient befindet sich mittlerweile in Genesung.

Herr Fick hat gelegentlich eines Malariafiebers einmal 43,1, Herr Knüpffer bei Scorbut 42,7, Herr Bätge im letzten Kriege Recurrens mit 42,8 beobachtet, wobei in allen Fällen die Patienten sich wieder erholten. Herr Greiffenhagen fügt hinzu, dass als die höchste in der Literatur verzeichnete Temperatur 50,2 gelegentlich eines hyperpyretischen Gelenkrheumatismus, der quoad vitam günstig verlief, gemessen worden ist.

Sitzung vom 8. Januar 1896.

Herr Greiffenhagen stellt eine mittelgut genährte Frau vor, bei der er wegen Pylorus carcinom im December 1894 die Gastroenterostomie ausgeführt hat und deren subjectives Befinden ein relativ recht gutes ist. Das langsam weiter sich entwickelnde Carcinom ist deutlich palpabel. Es wurde seinerzeit bei dieser damals 30-jährigen Patientin ein rechtsseitiger Ovarialtumor diagnosticirt und operativ entfernt. Gelegentlich dieser Operation wollte Vortr. durch Inspection sich Gewissheit verschaffen über einen schon vorher festgestellten Tumor im Epigastrium, welcher der Patientin Schmerzen und Erbrechen verursacht hatte. Es liess sich jedoch hierbei, da der Magen gefüllt war, nichts weiter, als eine bestehende Pylorusstenose constatiren. Nach der Operation des Ovarialtumors stellte sich öfters Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen ein. Der Magensaft enthielt keine freie Salzsäure. In der Pylorusgegend war ein faustgrosser Tumor deutlich wahrnehmbar, desgl. Drüsenschwellung im Netz. Die Pat., welche während der Ovariotomie gravida gewesen und 7 Tage nachher abortirt hatte, wurde nun am 5. December 1894 nochmals zwecks Ausführung der Gastroenterostomie laparotomirt. Die vielfachen Adhäsionen zwischen Bauchwand und Netz boten grosse Schwierigkeiten. Nach der Kocher'schen Methode wurde eine Dünndarmschlinge in querer Richtung zur Magenaxe an den Magen fixirt und die Communication durch einen convexen, eine Klappe bildenden Schnitt hergestellt. Vom 8. Tage an wurde volle Kost gereicht. Alle Beschwerden hörten auf. Die Pat. fühlt sich trotz des Weitergreifens der Neubildung völlig wohl, verträgt nur absolut keine Fette in der Nahrung. Sie ist wieder gravida im 4. Monat.

Sitzung vom 5. Februar 1896.

Herr Hansen berichtet über einen Fall von Malaria der ein 17-jähriges Fräulein, welches aus Rybinsk angereist war, betraf und grösseres Interesse beansprucht wegen der relativ grossen Chinindosen, die zur Bekämpfung des Fiebers erforderlich waren und gut vertragen wurden. Die Anfälle, welche zunächst einen tertiären Typus aufwiesen, besserten sich unter Verabreichung gewöhnlicher Chinindosen nicht, vielmehr gingen sie in den Typus einer intermittens quotidiana über. Auch eine Combination von Acid. arsenicosum — zu 0,006 — und Chinin. muriat. — zu 0,6 pro dosi, 2 Mal täglich hatte keine Besserung im Gefolge. Das darauf versuchte Methylenblau wurde garnicht vertragen und bewirkte nur Erbrechen, Durchfall und Collaps, so dass wieder zum Chinin gegriffen wurde. Jetzt wurden Dosen von 2,0 2 Mal täglich gegeben unter deren Einwirkung das Fieber allmählich nachliess und Genesung eintrat.

Herr Knüpffer referirt einen Fall von Melaena neonatorum, der in Genesung überging. Die Therapie dieses schwer verlaufenen Falles bestand in der üblichen Weise in kalten Fomentationen auf den Leib und Verabreichung von je stündlich abwechselnd einem Tropfen Ergotin und liqu. ferri sesquichlorati in Haferschleim, wozu am 4. Tage noch 1 Tropfen tinct. opii pro die hinzukam. Die Nahrung wurde nur löffelweise kalt verabreicht. Vortr. giebt im Anschluss an diese Krankengeschichte eine ausführliche Uebersicht über die diesen Gegenstand behandelnde Literatur. Aus letzterer geht hervor, dass über die Aetiologie dieser Affektion im Wesentlichen zwei einander gegenüberstehende Theorien aufgestellt worden sind, nämlich die von Preuschen, der eine Läsion des Hirns während der Geburt verantwortlich macht und dafür Belege aus Thierexperimenten anführt und die von Gärtner, welcher eine Infection durch die Nabelwunde mit specifischen Bacillen als Ursache ansieht und die Beweise hierfür ebenfalls durch genaue Studien und Experimente zu liefern im Stande ist.

Herr Meder spricht sich zu Gunsten der Theorie von Preuschen aus, da er in seinem freilich relativ kleinen Beobachtungsmaterial gerade nach stürmisch verlaufenen Entbindungen Melaena hat auftreten sehen, welches übrigens keine Krankheit suigeneris sei, sondern mehr als Symptom verschiedener Krankheitsprocesse insbesondere Hirnverletzungen aufgefasst werden müsse.

Herr Rennenkampff hat 3 Melaenafälle beobachtet, welche sämmtlich am Nabelschnurrest Reizungserscheinungen aufzuweisen hatten, und neigt daher mehr zur Gärtner'schen Erklärung für das Zustandekommen der Melaena hin. Von diesen 3 Fällen seien übrigens 2 am Leben geblieben.

Vermischtes.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit bittet uns mitzutheilen, dass die Jennerfeier, die bekanntlich im November a. c. stattfinden sollte, auf Mitte December verlegt ist. Dann wird auch die Jubiläumsschrift über die Geschichte der Vaccination in Russland erscheinen und die Ausstellung von Gegenständen, die sich aufs Impfwesen beziehen (mit unentgeltlichem Eintritt) eröffnet werden.

— Da einige ausländische Aerzte, welche an dem internationalen medicinischen Congress in Moskau theilnehmen werden, den Wunsch geäussert haben, nach dem Congress eine Wolgafahrt zu unternehmen, so hat sich das Organisations-Comité an den Professor A. Gay in Kasan mit der Bitte gewandt, daselbst ein Comité zu bilden, welches den Gästen einen würdigen Empfang bereiten und dieselben mit den Sehenswürdigkeiten des Wolgagebites bekannt machen könnte.

— Zur Bewerbung um die von der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit anlässlich der Centenarfeier der Pockenimpfung ausgesetzten vier Prämien sind mehr als 20 Arbeiten in russischer, deutscher englischer und französischer Sprache eingelaufen, welche von einer Commission geprüft werden, zu der die Professoren Lukjanow (Präses) und Botkin, Dr. Rauchfuss, Dr. Hubert, Dr. Nikolski, Dr. Snitkin und die Privatdocenten der Academie Geissler, Ssokolow und van Puteren gehören. Die erste Prämie besteht in einer goldenen Medaille und 1000 Rbl., die zweite — in einer goldenen Medaille, — die dritte in einer kleinen goldenen Medaille, die vierte — in einer silbernen Medaille.

— Der König von Italien hat Prof. Behring (Marburg) das Commandeurkreuz des Ordens der italienischen Krone verliehen.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem etatmässigen Consultanten der Heilanstalt der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Coburg-Gotha, Staatsrath Dr. W. Wasten und dem Arzt des Wologdaschen Frauen-Wohlthätigkeitsvereins, Staatsrath Dr. Franz Ullrich.

Verstorben: 1) In Petersburg der emeritirte Professor der gerichtlichen Medicin an der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. I. M. Gwosdew. Neben seiner Lehrthätigkeit beschäftigte sich G. mit der Behandlung von Kinderkrankheiten. In der letzten Zeit lebte er in St. Petersburg. 2) In

Perm der Ordinator der psychiatrischen Abtheilung am Gouvernements-Landschaftshospital Dr. I. F. Schuljanski im 31. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene hatte seine med. Ausbildung in Kasan erhalten und die Doctorwürde in der mil.-med. Academie in St. Petersburg erlangt. 3) In Saratow der dortige Arzt Carl Hornburg im Alter von 85 Jahren. Seine ärztliche Thätigkeit übte er seit 1830 aus. 4) In Leysin sur Aigle (Canton Waadt in der Schweiz) der dirigirende Arzt des dortigen Sanatoriums für Brustkranke, Dr. H. Burnier, welcher der Mörderhand eines seiner Patienten zum Opfer gefallen ist. Der Mörder, ein gänzlich mittelloser russischer Unterthan aus Bessarabien, Namens Pironschew (?), der obschon nicht einmal sehr ernstlich krank, bereits 1½ Monate in der Anstalt auf Credit gelebt und sich zum Dank ungebührlich gegen den Assistenten benommen hatte, sollte die Anstalt verlassen und überfiel aus Rache den am Abend auf der Terrasse sich aufhaltenden Dr. Burnier, indem er 4 Revolverschüsse auf die Brust desselben abfeuerte. Der Tod trat sofort ein.

— Die Stadtverwaltung von Sewastopol beabsichtigt diese Stadt zu einem Curort zu machen und hatte deshalb den Stadtarchitekt und Dr. Halberstamm in's Ausland abdelegirt, um sich mit den Einrichtungen der dortigen Badeorte näher bekannt zu machen.

— In dem von den evangelischen Gemeinden St. Petersburgs gegründeten und unter dem Hohen Protectorat I. M. der Kaiserin Alexandra Feodorowna stehenden Alexandrastift für Frauen, welches am 15. November den Abschluss des ersten Jahres seines Bestehens mit einer Feier beging, sind im Laufe des Jahres 280 Frauen entbunden worden. Da die Anstalt für's Erste noch räumlich beschränkt ist, so haben im Laufe dieses Jahres an 193 Tagen hülfsbedürftige Frauen, die um Aufnahme baten, wegen Ueberfüllung der Anstalt abgewiesen werden müssen.

— Die Gräfin M. Stenbock-Fermor hat der Jaltaschen Wohlthätigkeits-Gesellschaft 3000 R. übergeben, mit der Bestimmung, dass die Zinsen dieses Kapitals zur Unterstützung von angereisten mittellosen Kranken verwandt werden.

— Die Tulasche Duma hat beschlossen, dem 12 jährigen Sohne des verstorbenen Sanitätsarztes P. Beloussow bis zur Erreichung des 24. Lebensjahres ein Stipendium im Betrage von 300 R. jährlich auszusetzen.

— Die Kiewsche Duma hat für den im nächsten Jahre in Kiew stattfindenden Congress russischer Naturforscher und Aerzte eine Subvention im Betrage von 1000 R. bewilligt und ausserdem für die Bewirthung der Congressmitglieder 500 R. ausgesetzt.

— Der Moskauer Professor Dr. Joh. Nowazki (Chirurg) hat ausser den 10,000 Rbl. welche er der Moskauer chirurgischen Gesellschaft gespendet (cfr. d. vorige Nr., S. 414), weitere 10,000 Rbl. der Moskauer Abtheilung der medicinischen Unterstützungscasse geschenkt.

— Zu den am 9. November abgeschlossenen Prüfungen behufs Erlangung des Arztgrades an der militär-medicinischen Academie waren 120 Personen zugelassen worden, von denen 117 das Examen bestanden haben, und zwar 61 eximia cum laude. Von den letzteren 61 jungen Aerzten, welche zur Theilnahme an der Concurrenz um die Stipendien zur weiteren Ausbildung an der Academie berechtigt waren, haben 23 ihre Concurrenzarbeiten eingereicht und sind 7 von ihnen auf Kosten der Krone und 3 auf eigene Kosten bei der Academie belassen worden.

— Reorganisation des Pharmaceutischen Studiums in Jurjew (Dorpat). Auf das Gesuch der Verwaltung des Rigaer Lehrbezirks hat der Minister der Volksaufklärung verfügt, den dreisemestrigen Cursus der pharmaceutischen Abtheilung in einen viersemestrigen umzuwandeln, unter Anwendung des hierzu vom Conseil der Universität neu ausgearbeiteten Normalplanes für die Vertheilung der Lehrgegenstände auf die Semester. Zugleich ist die Bestimmung getroffen, dass neue Hörer des pharmaceutischen Cursus nur ein Mal im Jahre, nämlich zu Beginn des Lehrjahres aufgenommen werden.

— Gegen die Zulassung der Abiturienten von Realgymnasien zum medicinischen Studium haben sich in ihren Gutachten auf eine Anfrage der Bayerischen Staatsregierung sowohl die medicinische Facultät als auch der Senat der Universität München ausgesprochen. Dasselbe ist auch seitens der bayerischen Aerztekammern geschehen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. November d. J. 7741 (76 mehr als in d. Vorw.), darunter 973 Typhus — (8 wen.), 902 Syphilis — (1 wenig.), 117 Scharlach — (4 wenig.), 136 Diphtherie — (10 mehr), 12 Masern — (2 wen.) und 25 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. November 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
298	255	553	120	30	78	25	14	14	52	61	44	53	29	23	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern ,3 Scharlach 17, Diphtherie 35, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 39, Todtgeborene 36.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 26. November 1896.

Dr. Unterberger: Ueber Schwindsucht und die Principien ihrer Behandlung, speciell in Haussanatorien.

Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. December 1896.

Die Buchhandlung von **K. L. RICKER,** St. Petersburg, Newsky Prosp. № 14 empfiehlt:

NEUE BÜCHER:

Догель, И. М., Спиртные напитки, какъ располагающая причина къ разнаго рода аболѣванію человѣка. 1896, 40 к.

Кенигъ, Ф., Руководство къ частной хирургіи. Томъ III-й, съ 104 рис. Перев. съ 6-го нѣмецк. изд. 1896, 5 р.

Любимовъ, Н. А., Исторія физики, ч. III-я, отд. I-й: Эпоха опыта и механической философіи. 1896, 2 р. 50 к.

Fürbringer, Разстройства половыхъ функцій у мужчинъ. Перев. съ нѣмецк. 1896, 20 к.

Цигенъ, В., Вліяніе алкоголя на нервную систему. Перев. съ нѣмецк. 1896, 20 к.

Шенгорнъ, I., 350 золотыхъ правилъ лѣченія болѣзней и ухода за здоровьемъ по основаніямъ естественнаго способа лѣченія. Перев. съ нѣмецк. 1896, 1 р.

Archiv für Mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte. Bd. XLVIII. Heft 2. Mit 7 Tafeln. 1896, 6 р. 60 к.

Beard, I., On certain problems of vertebrate embryology. 1396, 1 р. 10 к.

Beiträge zur klin. Chirurgie, redig. von P. Bruns. Bd. XVII. Heft 1. mit 13 Tafeln. 1896, 4 р. 40 к.

Chapard, A., Des déformations thoracques et des déviations rachidiennes. 1896, 2 р. 25 к.

Daimer, J., Handbuch der österreichischen Sanitäts-Gesetze. Theil I. 1896, 5 р. 50 к.

Doléris et Pichevin, La pratique gynécologique. Tome II-me, avec 143 figures. 1896, 5 р. 40 к.

Dührssen, A., Gynäkologisches Vademecum. 5-te Aufl. Mit 125 Abbildungen. 1897. 2 р. 75 к.

Eichhorst, H., Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. IV: Krankheiten des Blutes und Stoffwechsels und Infectionskrankheiten. V-te Aufl. Mit 111 Holzschn. 1897, 6 р. 60 к.

Eschle, Ernährung und Pflege d. Kindes im ersten Lebensjahr, 3-te Aufl. 1897, 65 к.

Feuchel, Die Zahnverderbniss und ihre Verhütung. Mit 26 Abbild. 1896, 20 к.

Festschrift zum siebenzigsten Geburtstage von Carl Gegenbaur. Bd. I. Mit 15 Tafeln und 77 Abbild. 1896, 27 р. 50 к.

do. Bd. II. Mit 18 Tafeln und 85 Abb. 1896. 27 р. 50 к.

Fischer, O., Beiträge zur Muskelstatik. Abh. I: Ueber das Gleichgewicht zwischen Schwere und Muskeln am zweigliedrigen System. Mit 7 Tafeln und 21 Textfiguren. 1896, 3 р. 30 к.

Frey, M., Untersuchungen über die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut. Abh. I: Druckempfindung und Schmerz. Mit 16 Textfiguren. 1896, 2 р. 75 к.

Hallervorden, E. Arbeit und Wille. Ein Kapitel klinischer Psychologie zur Grundlegung d. Psychohygiene. 1896, 65 к.

— Der Zusammenhang chemischer und nervöser Vorgänge überhaupt und im Wochenbett. 1896, 85 к.

Heymann, P., Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. Lfg. 5/6. Цѣна выпуску 1 р. 65 к.

Hell, I., Der prakt. Arzt als Augenarzt. 1896, 1 р. 10 к.

Jahresbericht über die Fortschritte der Chemie, herausgegeben von F. Fittica. Pro 1891. Heft 2. 1896, 6 р.

Kirchner, M., Grundriss der Militärgesundheitspflege. Lfg. 14. Mit 3 Tafeln u. zahlreichen Figuren 1896, 1 р. 10 к.

Koeppe, H., Die Bedeutung der Salze als Nahrungsmittel. 1896, 85 к.

Kraepelin, E., Zur Hygiene d. Arbeit. 1896, 30 к.

Lachouille, M., Étude comparative de l'ostéotomie et de la résection. 1896, 1 р. 50 к.

Lahs, Die Verstaatlichung des Medicinalwesens in Preussen. 1896, 1 р. 40 к.

Mangin, G., Précis de Technique microscopique et bactériologique. 1896, 1 р. 35 к.

Mensfeld, M., Die Untersuchung der Nahrungs- und Genussmittel. Mit 24 Abbildungen. 1896. 1 р. 85 к.

Mignot, R., Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. 1896, 1 р. 35 к.

Mugdan, O., Die Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre. 1896, 30 к.

Die **naturwissenschaftlichen** und medicinischen Institute der Univers. Bern. 1896, 2 р. 75 к.

Nothnagel, H., Specielle Pathologie u Therapie. Lfg. 38 (Hoffmann, Erkrankungen des Mediastinums). Mit 2 Holzschnitten. 1896, 1 р. 40 к.

do. Lfg. 39 (Leichtenstern, Influenza und Dengue). 1896, 3 р. 50 к.

Pearmain and Moor, Applied bacteriology. 1897, 7 р. 50 к.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Band XI. 1896, 8 р. 25 к.

Rosenbach, O, Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung. II-Hälfte, 2-te Abth. 1897, 6 р. 60 к.

— Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. 1 р. 65 к.

Rieger, C., Ueber die Aufnahme der Psychiatrie in die medicinische Approbations-Prüfung. 1896, 30 к.

Ruyter und **Kirchhoff,** Compendium d. Speciellen Chirurgie. Mit 88 Abbildungen. 2-te Aufl. 1896, 3 р. 85 к.

Schech, Ph, Die Krankheiten d. Kehlkopfes und der Luftröhre. Mit 67 Abb. 1897, 1 р. 95 к.

Schultze, B. S., Die Psychiatrie, Prüfungsgegenstand für alle Aerzte. 1896, 30 к.

Soziale Reform im Gesundheitswesen. 1896, 85 к.

Thoyer-Rozat, Abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants 1896, 1 р. 40 к.

Verhandlungen der deutschen Otologischen Gesellschaft (22—23 Mai 1896) herausgegeben von Professor Dr. K. Bürckner. Mit 2 litograph. Tafeln. 1896, 2 р. 50 к.

Webster, C., Die ektopische Schwangerschaft. Mit 15 Abbild und 22 litogr. Tafeln. 1896, 5 р. 50 к.

Weyl, Handbuch der Hygiene Lfg. 28 (Braehmer, Eisenbahnhygiene). Mit 13 Abbildungen. 1896, 1 р. 40 к.

— Handbuch der Hygiene. Lfg. 29 (Hygiene der chem. Grossindustrie). Mit 38 Abbildungen. 1896, 3 р. 85 к.

Windscheid, F., Neuropathologie und Gynäkologie. 1897, 1 р. 65 к.

Ziemssen, Klin. Vorträge. Vortrag 24. Zur Pathologie und Therapie d. chronischen Nephritis. 1896, 30 к.

Дозв. ценз. Спб. 23 Ноября 1896 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, (12. December) 30. November 1896

Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata.

Von

Dr. A. v. Bergmann (Riga).

Die pathologisch anatomische Seite dieser Hernienform ist seit geraumer Zeit genügend klar gestellt. Thoma hat bereits 1882 — 290 Fälle von angeborenen Defecten im Diaphragma zusammengestellt. Es ist durch Lacher nachgewiesen worden, dass in 90% aller Fälle sog. Zwerchfellsbrüche nicht eigentlich eine Hernie im wahren Sinn des Wortes, sondern ein Prolaps des Intestinum vorliege, weil dem durch den Defect im Zwerchfell in die Pleurahöhle tretenden Darmtheil der Bruchsack fehle.

Guttmann berichtet über einige Beobachtungen, wo den Bruchsack nicht nur das Peritoneum, sondern auch das Zwerchfell selbst bildete, welches an begrenzter Stelle gedehnt und verdünnt erschien und sich vor dem andringenden Intestinum kuppelförmig in die Pleurahöhle vorgewölbt hatte, mithin sich an der Bildung des Bruchsacks betheiligte.

Neben den angeborenen Defecten geben Verletzungen des Zwerchfells Veranlassung zum Durchtritt von Darm oder Netz in die Pleurahöhle. Meist sind es schwere Gewalteinwirkungen, Maschinenverletzungen, welche derartige Zerreissungen des Diaphragma bedingen und ist in diesen Fällen ausnahmslos der Tod eingetreten.

Etwas günstiger stellen sich die Verletzungen des Diaphragma durch Schuss- und Stosswaffen. Es giebt Mittheilungen wo nach Reposition von vorgefallenem Netz die Wunde im Zwerchfell mit Erfolg vernäht worden. Andere Fälle sind unter profuser Eiterung nach langem Siechthum zu Grunde gegangen.

Ein weiteres Contingent stirbt mehr oder weniger lange Zeit nach der Verletzung unter Incarcerationserscheinungen. Die Section erweist in diesen Fällen Durchtritt und Einklemmung von Magen oder Dickdarm, Dünndarm und Netz durch ein Loch im Zwerchfell, das meist nachweislich in der Narbe der ursprünglichen Verletzung entstanden war.

Die Hernia diaphragmatica sitzt 6 Mal häufiger links als rechts. — Die klinische Seite dieser Hernienform ist besonders durch Guttmann, Abel, Neumann gefördert worden, allein noch vor 2 Jahren konnte Guttmann erst über 6 Fälle von incarcerirter H. diaphragmatica berichten, welche richtig diagnosticirt worden waren, inzwischen ist noch ein Fall von Abel hinzugekommen. Benno Schmidt zählt insgesammt 8 richtig diagnosticirter Fälle. Das klinische Bild der Hernia diaphragmatia incarcerata setzt sich zusammen aus Occlusionserscheinungen von Seiten des Darmes — Stuhlverhaltung, Erbrechen namentlich zu Anfang der Erkrankung — und Transsudationserscheinungen in die Pleurahöhle — Erguss in der Pleurahöhle, Compression der Lunge, Verdrängung des Herzens nach rechts.

Von den oben angeführten Autoren werden noch folgende Symptome aufgezählt: Auftreibung der betroffenen Thoraxhälfte, Vorwölbung ihrer Intercostalräume und kahnförmige Einziehung des Leibes trotz der bestehenden Occlusionserscheinungen. Ob die letztangeführten Symptome in der That einigermassen constant sind und somit für die Diagnose verwerthet werden können, muss noch von weiteren Beobachtungen abgewartet werden.

Hinsichtlich der Therapie muss Stellung zu der Frage genommen werden, ob man die incarcerirte Zwerchfellshernie von der Brusthöhle oder von der Bauchhöhle aus operiren soll. Neumann will für die Operation von der Brusthöhle aus die Fälle reservirt wissen, bei denen durch einen grossen Zwerchfellsdefect Baucheingeweide in solchem Umfange durchgetreten sind, dass der Brustfellraum mehr oder minder mit denselben angefüllt, eine hochgradige Verlagerung und Compression der Brusteingeweide durch sie bedingt ist. — Ist durch einen kleinen Defect eine einzelne Schlinge durchgeschlüpft und eingeklemmt, so sei von der Bauchhöhle aus zu operiren, weil auf diesem Wege die Entstehung eines acuten Pneumothorax noch am Ehesten zu vermeiden

sei. Erfahrungsgemäss wird der durch Rippenresection und Eröffnung der Pleurahöhle verursachte acute Pneumothorax, den wir bei der Operation eitriger Exsudate nicht zu fürchten brauchen, dort sehr schlecht vertragen, wo es sich um Communication der Pleurahöhle mit der Bauchhöhle handelt, sogar da wo die Communication mit einem subphrenischen Abscess statt hat, der doch gegen die Bauchhöhle selbst abgeschlossen ist. — In praxi wird es meist nicht leicht sein die Indicationsstellung Neumanns einzuhalten. Die mit der Incarceration einer Darmschlinge beginnende Transsudation des Bruchwassers kann rapide beträchtliche Mengen Flüssigkeit schaffen, durch welche Verdrängungs- und Compressionserscheinungen von Herz und Lungen bereits nach relativ kurzer Zeit nachzuweisen sind. Die Bestimmung ob die incarcerirte Darmparthie gross oder klein, wird hier sehr schwierig resp. unmöglich sein. Ferner ist zu berücksichtigen, dass der Zugang zum Zwerchfell von der Bauchhöhle aus nicht leicht ist, eventuell die Durchschneidung mehrerer Rippenknorpel erfordert. Doch komme ich auf diese Frage nocheinmal zurück, wenn ich die Krankengeschichte unseres Falles mitgetheilt.

Der 29 jährige, überaus kräftige Schuhmacher I. Sk. war am 2. April 1895 in die chir. Abtheilung aufgenommen worden mit 4 Messerstichen in der linken Thoraxhälfte, von denen einer ca. eine Handbreit unter dem Schulterblattwinkel und etwas nach vorn von demselben sich befand. Dieser Stich war perforirend und in einiger Ausdehnung von Hautemphysem umgeben. Bei glattem, fieberlosem Verlauf heilten die Wunden zum Theil bis zum 11. April, während ein anderer Theil an diesem Tage noch granulirte. Pat. wollte sich jedoch nicht weiter halten lassen und verliess die Abtheilung am 11. April. Zu Hause soll die Heilung noch einige Wochen beansprucht haben, darnach hat Pat. sich des besten Wohlseins erfreut und seine gewohnte Beschäftigung wieder aufgenommen.

Am 27. Mai hob Pat. eine schwere Last Steine, nachdem er vorher gründlich gezecht hatte. Plötzlich verspürte er heftige Schmerzen in der Brust und im Leibe. Es trat Erbrechen ein. Pat. nahm selbst sofort eine grosse Gabe Ricinusöl ein, ohne dass jedoch Stuhl erfolgte. Die Schmerzen hielten an, es trat sehr ausgesprochenes Krankheitsgefühl auf, grosse Schwäche, fortwährende Transspiration.

Dieser Zustand veranlasste Pat. am 28. Mai sich in die innere Abtheilung des Krankenhauses aufnehmen zu lassen. Hier wurde constatirt, dass die linke Thoraxhälfte flacher und bei der Respiration weniger beweglich sei als die rechte. Der Pectoralfremitus fehlte links. L. V. O. war der Percussionsschall gedämpft, unten tympanitisch. Rechts bestand völlig normales Athmen, links war dasselbe verschärft. Die Respiration ist beschleunigt, das Sputum zeigt Blutbeimengung. Die Herzdämpfung war nicht nachweisbar nach rechts verdrängt, doch besteht in der Herzgegend heller Percussionsschall. Beim Schütteln des Pat. erhält man deutlichstes Succussionsgeräusch und eine Probepunktion L. H. ergiebt eine seröse, nicht riechende, hämorrhagische Flüssigkeit.

Pat. wurde hierauf am 29. Mai in die chirurgis he Abth. transferirt, lehnte für denselben Tag trotz wiederholter Aufforderung jeden Eingriff ab, wünschte denselben jedoch für den nächsten Tag.

Was lag nun vor?

Zweifellos spielte sich ein Exsudationsvorgang in der Pleurahöhle ab, das Exsudat war durch die Probepunktion nachgewiesen. Eine Verdrängung der Lunge nach oben liess sich gleichfalls constatiren. Warum aber war im Bereich des Exsudats der Percussionsschall tympanitisch und wie kam das Succussionsgeräusch zu Stande? Eine primäre Erkrankung der Pleura konnte das Exsudat liefern, erklärte aber die anderen Erscheinungen nicht. Eine Erkrankung der Lunge, welche das Succussionsgeräusch erklären konnte, war bei dem plötzlichen Entstehen der Erkrankung des bis dahin völlig gesunden robusten Mannes wohl mit aller Sicherheit auszuschliessen. Und wie passten die Occlusionserscheinungen von Seiten des Darmes in das Krankheitsbild? Dass Occlusionserscheinungen bestanden, war kein Zweifel. Pat. hatte seit dem 27. weder Stuhl noch Winde gehabt, hatte wiederholt erbrochen, hatte ein quälendes Oppressionsgefühl.

Am mässig gespannten und geblähten Abdomen war palpatorisch nichts herauszubekommen.

Nun konnte aber jener perforirende Messerstich Licht in die Sache bringen. Er lag so, dass eine Verletzung des Diaphragma durch das eindringende Messer möglich war. Es war denkbar, dass das Diaphragma damals nicht vollständig durchtrennt, sondern nur in seinen obersten Schichten verletzt worden war, so dass daraus keinerlei Symptome einer Zwerchfellsverletzung resultirten. Die starke Anstrengung bei gefülltem Magen konnte die Narbe gesprengt und einen Darmtheil haben durchschlüpfen lassen. Diese wurde dann incarcerirt, producirte Bruchwasser, welches durch die bei der Probepunktion nachgewiesene Flüssigkeit repräsentirt wurde. — Das Succussionsgeräusch gab der incarcerirte mit Gas und transsudirter Flüssigkeit gefüllte Darmtheil. Der nachweisbare tympanitische Percussionsschall wies darauf hin, dass ein grösserer Darmtheil durchgetreten war. Erfahrungsgemäss bilden der Magen und in zweiter Reihe der Dickdarm den häufigsten Inhalt der Zwerchfellbrüche. Bei dieser Vorstellung der Sachlage waren die Symptome in vorliegendem Fall unter einen Hut gebracht und so entschied ich mich für die Diagnose Hernia diaphragmatica incarcerata, die als Pat. am 30. Mai auf den Operationstisch kam — noch durch die Meldung hätte schwankend gemacht werden können, dass Pat. einen reichlichen Stuhl gehabt. Jedoch blieb ja noch immer die Erklärung offen, dass die Ausleerung aus dem peripheren Darmabschnitt unterhalb der Incarceration erfolgt sei.

Zur Operationsstelle wählte ich die 7. Rippe zwischen beiden Axillarlinien. Unter Cocainanästhesie gelang es jedoch nur den Hautschnitt anzulegen, weiter leistete der athletische Mann einen solchen Widerstand, dass es ohne Narkose unmöglich war vorwärts zu kommen. Nach einigen Zügen Chloroform war Pat. so weit, dass ich die Rippe freilegen und reseciren konnte.

Mit Eröffnung der Pleurahöhle stürzte nahezu 1 Ltr. blutiger, seröser Flüssigkeit vor. Im selben Augenblick stockten aber auch Puls und Athmung und alle Wiederbelebungsversuche blieben resultatlos. Pat. verschied auf dem Operationstisch.

Die Section stellte fest, dass in der linken Diaphragmahälfte ein ca 8 cm. weites rundliches Loch bestand, durch welches der grösste Theil des Magens mit einem Theil des Netzes hindurchgeschlüpft war. — Die Magenschleimhaut war hochgradig geschwellt, verfärbt. An der vorderen Peripherie der Oeffnung bestanden Spuren bindegewebiger Verwachsung zwischen Magenserosa und dem Peritoneum diaphragmatis.

Es lässt sich darüber streiten unter welche Indicationsstellung Neumanns für die Operation dieser Brüche der vorliegende Fall zu rubriciren sei. Vielleicht ist es besser die incarcerirten Zwerchfellsbrüche überhaupt per laparotomiam anzugreifen Man hätte dabei in vorhin angedeuteter Weise die Schwierigkeit des Zugangs zur Bruchpforte zu überwinden, könnte aber die Pleurahöhle abschliessen — durch einen grossen Gazetampon, der auch die Drainage durch die Bauchhöhle nach aussen besorgen würde. Vielleicht ergiebt dieser Operationsmodus bessere Resultate, als die bisher bei der Operation der Hernia diaphragmatica erzielten.

Den lethalen Ausgang des vorliegenden Falles den paar Zügen Chloroform zur Last zu legen, ist meiner Ansicht nach nicht möglich. Die Ursache des Todes ist in dem durch die lange Incarcerationsdauer schwer alterirten Allgemeinbefinden des Kranken, und in dem durch die Operation acut entstandenen Pneumothorax zu suchen, welch letzterer erfahrungsgemäss in ähnlichen Fällen häufig zum Tode führt.

Bald nach diesem Fall hatte ich die Gelegenheit ein durch einen subphrenischen Abscess bedingtes Empyem zu operiren. Obgleich hier die ganze Operation nur unter Cocainanästhesie in kürzester Zeit ausgeführt wurde, starb auch diese Kranke sofort nach Eröffnung der Pleura.

Ein umfängliches Litteraturverzeichniss bringt die jüngst erschienene Bearbeitung der Unterleibsbrüche von Benno Schmidt (Deutsche Chirurgie), auf welches hiermit verwiesen sei.

Ueber die Lage des Aerztestandes mit besonderer Rücksicht auf die Aerztekammern in Deutschland.

Von

Dr. Hermann Meyer.

Nach einem Vortrage, gehalten im Talsenschen Aerztevereine.

Es ist als ein physiologischer Process bei der Staatenbildung **seit alter** Zeit zu beobachten, dass sich einzelne Gruppen der **Angehörigen** eines Reiches, die ein gemeinsames Interesse verband, zu Vereinigungen ausbildeten, sei es, um einen regeren **Austausch** der Erfahrungen ihrer Glieder zu gegenseitigem **Nutzen** zu erleichtern, sei es, um in der Gemeinsamkeit und **in gefestigter** Organisation zur Abwehr gegen Andere gestärkt **zu werden**: So entstanden das Kastenwesen, die Stände, Gewerkerverbände und Corporationen, die sich eine Machtstellung zu erwerben bestrebt waren und ihre Organisation in Gilden, Zünften und Adelsverbänden herausbildeten, in denen **sich** Sonderinteressen mit dem Selbsterhaltungstriebe vereint **als Kitt** für den Verband darstellen.

Nur der Gelehrten- oder Litteratenstand hat sich solcher, **durch** eine gesetzliche selbst geschaffene Ordnung gefügter **Vereinigungen** für lange Zeit entschlagen zu können geglaubt, **unter** diesen der Stand der Aerzte zu allerletzt sich veranlasst gesehen, eine Standesorganisation seiner Glieder ins **Werk** zu setzen; einzelne Staaten, wie die von Nord-Amerika **entbehren** sie noch grössten Theils. Nur in Frankreich bildeten sich zu Ende des XVI. Jahrhunderts gesonderte Gelehrtenverbände aus, so die Richter als «robins» und eine im **«tiers état»** die oberste Stufe einnehmende Congregation der **Aerzte**, die, zwar unter dem Adel und der Geistlichkeit stehend, doch durch ihren Connex mit den Grossen des Reiches «des **Châtelet**» einen bedeutenden Einfluss gewannen. Die Universität bildete gleichsam eine Zunft oder Gilde, deren Glieder, **auch** wenn sie nicht mehr Studenten waren, ihr ferner angehörten und bei Professoren- oder Decanwahlen ihre Meisterrechte geltend machen konnten. Aus jener Zeit stammt auch **die** noch heutzutage gebräuchliche Bezeichnung für den Arzt **«Facultät»**. Völlige Solidarität, eine strenge gegenseitige Beaufsichtigung, etwas Verquickung mit der Geistlichkeit, dazu **besondere** schwarze Talartracht mit weissem Bäfchen und ein **würdiges** gemessenes Auftreten gaben dem Arzte ein besonderes Air, wozu durch ein gesondertes Lehrfach, die «Deontologie», die Wissenschaft von dem, was sich ziemt, der **Jünger** Aesculaps herangebildet wurde[1]). Die materielle Lage **der** Aerzte war eine glänzende, und es bildete sich bald ein **Nepotismus** unter ihnen heraus, der zur ferneren Vermehrung **der** Reichthümer und Vergrösserung der Machtstellung beitrug. Es ist einleuchtend, dass das Publikum jedem Mitgliede **dieser** reichen und geachteten Körperschaft mit Respect und **Pietät** entgegentrat, wobei noch hinzukam, dass jeder Arzt in Frankreich auch jetzt noch in gewissem Sinne als Diener **des Staates** betrachtet wird, denn Kreisphysicate, Kreisärzte **u. dgl.** giebt es dort nicht. Somit gilt der Arzt mehr oder **weniger** als Stütze der Regierung, er hat als Bürgerlicher **nicht nur** Zutritt in den Salons der Grossen, sondern behauptet **neben** den Geistlichen eine bevorzugte Stellung, auch trägt **ihm eine** tadellose Führung nach abgemessener Zeit die Würde **eines Officiers** der Akademie, dann das Kreuz der Ehrenlegion **ein.**

Für die freie ärztliche Thätigkeit giebt es keinen amtlichen **Tarif**, für die officiellen Leistungen ist nach vielem Mühen **seitens** der Aerzte die alte niedrige Taxe vom Jahre 1871 vor **drei Jahren** um etwas erhöht worden. Neben der Pariser Akademie, welche dem Wesen der Grosstadt entsprechend für **sich einen** gesonderten höheren Tarif ausgearbeitet hat, bestehen noch Aerzteverbände in der Provinz «Syndicats médicaux», welche ihre Taxen geregelt haben, nach denen sich **gewöhnlich** in Streitfällen der Richter seine Entscheidung **bemisst**[2]). Leider laborirt der Aerztestand in Frankreich auch **schon** an dem Unwesen der Krankenkassen, deren es dort **ca. 10000** giebt, welche sehr niedrige Sätze haben, niedriger **als die Armenpraxis**, so für einen Kranken nur 50 Cts. pro anno, während die Taxe pro paupero dreimal höher für jeden einzelnen Besuch normirt ist. Auch dort entblödet sich das besser situirte Publikum nicht, vom Krankenkassenvortheile zum Schaden des Arztes Gebrauch zu machen.

Die Professoren in Frankreich haben eine andere Stellung unter den Medicinern als bei uns; der Professor der Medicin wird in den Hintergrund gerückt durch den «médecin des hopitaux», der als Vorsteher eines Krankenhauses aus der Wettprüfung durch ältere Krankenhausärzte hervorgeht, und ein ausserordentlicher Professor «Agrégé» erwirbt sich dem Publikum gegenüber erst volles Ansehen, wenn er Krankenhausarzt war, oder nach längerem Dienste die Staatsdecoration sich ins Knopfloch legen konnte. Dem hohen Ansehen, welches der Arzt in Frankreich geniesst, entspricht auch die häufige Wahl von Aerzten für Communal- und Staatsämter, nicht wenige Aerzte haben Ministerposten inne gehabt, im Senate sitzen 14, in der Abgeordnetenkammer 42 Aerzte[3]). In der Pariser Stadtverordneten-Versammlung waren in den beiden letzten Decennien von 14 Präsidenten 5 Doctoren der Medicin.

Von dem Glanze und der Herrlichkeit des Aerztestandes in der französischen Republik ist in den letzten Jahren manches Stück abgebröckelt, der Regierungswechsel, Niedergang der Finanzen und manche andere Factore beginnen auch dort ein ärztliches Proletariat zu zeitigen. Allerhand Leute drängen sich zum Studium der Medicin, nicht allein der Sohn oder Anverwandte treten wie einst an die Stelle des alten dienstunfähigen Arztes, sondern fremde Eindringlinge anderer Nationen ohne Patriotismus, ohne Standesbewusstsein, auch moralisch fragwürdige Subjecte aus niederen Sphären treten mit in den Kampf um das Dasein: Ruthenen, Levantiner, Rumänen, Spanier, Amerikaner, oft Leute ohne allgemeine Bildung, die als Glücksjäger das einst so hohe Ansehen des altehrwürdigen Aerztestandes in Frankreich beeinträchtigen, treten auf die Bildfläche. Dazu kommt, dass der in Frankreich vom Gesetze streng verfolgte Quacksalber «Charlatan» oder «Rebouteur» mit Hilfe von Kellnern und Dienstleuten einem geheimen aber einträglichen Kurpfuscherthum obliegt. Ein Remedium gegen dieses Unwesen sehen die französischen Aerzte in der Aufhebung der verfolgenden Gesetze, während die Aerzte Deutschlands gerade Gesetze gegen das Kurpfuscherthum als Heilmittel dagegen erstreben. Die praktischen Amerikaner haben in einzelnen Staaten letzteren Modus gewählt. Wer traf das Rechte?

In Spanien stehen die Aerzte, nicht hoch an Zahl, ohne auch durchweg in Verbänden vereint zu sein, noch in gesicherter Position. Im Reiche verstreut sind als organische Körperschaften der Aerzte die «Real Academia de Medicina y Cirurgia» zu betrachten, die wissenschaftliche Interessen pflegen und Standesangelegenheiten berathen. In etwaigen Klagesachen zwischen Patienten und Arzt, die dort aber sehr selten vorkommen, wenden sich die Richter an die nächste solche «Akademia» um Bescheid bittend und lassen das gegebene Votum von dort her in der Klagesache entscheidend sein. Doch honorirt der Patient in Spanien gut, hat sich vorher gewöhnlich erkundigt, was der Arzt für seine Mühe verlangt, und bezahlt dann seine 2 bis 10 Pesetas, etwa 60 Kop. bis 3 Rbl., ohne Widerrede. Die sociale Stellung der Aerzte ist dort eine angesehene, ohne jedoch an diejenige in Frankreich heranzureichen.

In dem dritten romanischen Staate Italien liegen die Verhältnisse analog.

Wenden wir uns nun dem vereinigten Brittischen Inselreiche zu, so finden wir dort als besonders hervorragende ärztliche Körperschaft die «British medical Association», deren Mitglieder nicht nur im Mutterlande, sondern auch in den über den ganzen Erdball verzweigten Kolonien einen grossen allgemeinen Verband bilden, um gemeinsam sowohl Standesfragen regeln, als bei allen Beschlüssen mitstimmend sich betheiligen zu können. Unter dem Schutze staatlicher Selbstständigkeit sind in ihr alle besseren Kräfte energisch gesammelt worden. Die Mitglieder dieser Gesellschaft, welche, da England keinen gesonderten Hebammenstand besitzt, auch die Detailleistungen der Geburtshilfe zu übernehmen haben, geniessen auch den Vorzug, grössere Honorarsätze zu beanspruchen, die nicht unter einer Guinea, etwa 10 Rbl. normirt sind. Ausserdem ist von der «Shrophire Ethical Branch» der «British medical Association» im Jahre 1870 eine Taxe ausgearbeitet worden, die ohne Protest vom ganzen Lande angenommen wurde, und auch von den Richtern gegebenen Falles in Anwendung gebracht wird. In diesem Tarife wurden die Patienten nach ihrer Miethezahlung eingeschätzt[4]). Das Ansehen der Aerzte ist ungeschmälert.

---

[1]) Ohne weit zu suchen, giebt es heutzutage Universitäten, wo die Deontologie auch für die Herren Professore als Lehrfach gut wäre.

[2]) Nach dem Tarif wird eine Visite mit 3 Fr., nächtlicher Zeit doppelt honorirt. Alle Eingriffe, Specularuntersuchung, Katheterisiren etc. besonders.

[3]) Der deutsche Reichstag zählt nur 5 Aerzte in seiner Mitte.

[4]) Miether mit 15—25 Pfd. Sterl. = 150—250 Rbl. I. Classe, solche mit 25—50 Pfd. Sterl. = 250—500 Rbl. II. Classe, und solche mit 50—100 Pfd. Sterl. und mehr, also 500—1000 Rbl. und mehr III. Classe. Die I. Classe zahlt für eine Visite 75—250 Kop., die folgende 175—375 Kop., die III. höchste

Die Aerzte Dänemarks sind in Bezirksvereine gegliedert, deren Gesammtheit als allgemeiner Dänischer Aerztevereinsbund dasteht, dessen Bureau mit einem Chef an der Spitze die sozialen Fragen des Aerztestandes, besonderer Beachtung würdigt, auch jungen Kräften auf Anfragen Rath ertheilt und Stellungen vermittelt. In Dänemark, wo bisher die ökonomische Lage der Aerzte eine gute war, hat nach den Ausführungen von Oerum, Präsident des Bureaus des Aerztebundes, die Situation des Aerztestandes sich einem Niedergange zugewandt: Es ist Ueberproduction da, und man denkt an Auswanderung, um den überflüssigen Kräften in der Aerztewelt neue Lebensbedingungen zu schaffen, denn im Lande beginnt eine ökonomische Decadence unter den Aerzten. Oerum sagt: «Wir sind beides, nämlich zu viel, um von der Arbeit leben zu können, und auch zu viel, um Arbeit zu finden». Krankenkassen schädigen auch hier die Einnahmen der Aerzte, die sich eine Schlange am eigenen Busen gross zogen, indem sie mit grossem Opfermuthe mitgeholfen, die Krankenkassen lebensfähig zu machen. Durch das Unwesen der letzteren war beispielsweise in Kopenhagen das Honorar für einen Krankenbesuch unter den Satz herabgesunken, den ein Dienstmann für einen Weg in der Stadt beanspruchen konnte. In keinem Lande der civilisirten Welt ist das Arzthonorar so billig wie in Dänemark, die Besoldungen der Districtsärzte seitens der Regierung sind «unanständig» niedrig, und die Krankenkassen haben die Durchschnittseinnahmen der Aerzte etwa um 25% geschädigt, dabei verführte das Specialistenthum wie auch andererorts die Hausärzte, viele Kranke zu eigenem Schaden abzuschieben. Es wird daher von competenter Seite angerathen, die jungen Leute Dänemarks zunächst vom Studium der Medicin fern zu halten, bis eine Besserung der Verhältnisse eingetreten ist.

In den Niederlanden haben sich die Aerzte als einen allgemeinen Niederländischen Verein für Medicin constituirt, der nach den Provinzen in verschiedene Abtheilungen sich gliedert und vorherrschend wissenschaftliche Interessen pflegt. Officiell angestellte ärztliche Beamte giebt es auch hier nicht, die gerichtsärztlichen Leistungen werden sehr gering honorirt. Für die Privatpraxis hat der Staat keinen Tarif festgesetzt. Um einen Maasstab zu schaffen, hat die Abtheilung des Vereins für Medicin in Haag einen Tarif ausgearbeitet [6]. Die sociale Stellung der Aerzte in den Niederlanden ist eine angesehene, die überschüssigen Kräfte finden noch in den Colonien ihre Verwendung.

Vielleicht ist der freundliche Leser von den Schilderungen der Lage der Aerzte in einigen Staaten des alten Continents Europamüde geworden und begleitet uns nun gerne in den fernen Westen, das Idealland der Freiheit, die Vereinigten Staaten von Nord-Amerika, um dort dem Stande der Aerzte, denen man diesseits des grossen Wassers manches Unrecht in der Beurtheilung zugefügt hat, einige Aufmerksamkeit zu schenken.

Dort hat ein jeder Staat in Verwaltung und Justiz bekanntlich seine besonderen Einrichtigungen, in welche sich die Washingtoner Oberstaatsverwaltung nicht mischen darf. Reich gesegnet mit Bildungsstätten für den medicinischen Beruf werden dort in 125 «Colleges» sehr verschiedener Güte von 2700 ebensolcher Lehrqualitäten 19000 Jünger Aesculaps für ihren zukünftigen Beruf ausgebildet, deren Rechte in der späteren Praxis je nach ihrer Bildungsstätte nicht die gleichen für das ganze Reich sind, denn nicht alle Staaten gewähren in ihren Grenzen aus anderen Gebieten eingewanderten Aerzten ohne weiteres das Recht der Praxis, es sei denn, dass der Candidat vor einer betreffenden Commission seine Befähigung nachweise. In solchen Staaten bilden die Aerzte Verbände, aus denen auf Requisition der Staatsverwaltung die betreffenden Prüfungscommissionen gewählt werden. Nur drei Staaten, Main, New-Hampshire, und Rhode-Island gestatten auch jedem Schäfer und Stallknecht die Ausübung der Praxis. In zehn Staaten, Arizona, Georgia, Jdaho, Indiana, Kansas, Michigan, Newada, Ohio; Wiskonsin, Wyoming muss ein Diplom vorgewiesen werden, leider sind dort die Richter jedoch meist nicht in der Lage dessen Werth zu beurtheilen. Irgend welche Sonderprivilegien der Aerzte. Standesvertretung auf «gesetzlich» geregelter Grundlage fehlt im Lande der goldenen Freiheit und Gleichheit, jedoch kann die Staatsbehörde einem besonders reudigen Schafe die Venia practicandi entziehen, wenn sich im gegebenen Falle ein «ungehöriges Betragen» nachweisen lässt. Zwar bestehen in den meisten Staaten Aerztegesellschaften, doch haben dieselben vorwiegend wissenschaftliche Zwecke im Auge, und wenn dieselben auch den Versuch gemacht haben, die wichtige Honorarfrage zu regeln, so sind die daraus hervorgegangenen «Fee tables» ohne bindende Kraft für den Einzelnen. Ueber das Scheitern solcher Unternehmungen, eine gesetzliche Gebühren-Normirung zu schaffen, äussert sich Dr. Rohé in Baltimore so, dass er sagt: «Gott sei Dank, dass es nicht gelungen!» Mithin müssen sich die Aerzte dort ohne Tarif wohl befinden. Die Medical and Chirurgical Faculty of Maryland hat vor etwa zwei Jahren dennoch eine Gebührentabelle entworfen, die auch angenommen wurde [6]). Unterdessen haben einige Staaten mit der allgemeinen Curirfreiheit offenbar trübe Erfahrungen gemacht, denn in Delaware ist ein Gesetz exportirt, das unbefugtes ärztliches Behandeln mit 100—500 Dollar oder Gefängniss bis zu einem Jahre bestraft. In Maine lautet der § 9 eines ähnlichen Gesetzes: «Wer nach dem 1. Januar 1896 ohne registrirt zu sein practiciren, oder annonciren, oder sonstwie dem Publikum sich als Arzt oder Chirurg in diesem Staate ausgeben sollte oder wer unter gleichen Verhältnissen seinem Namen die Buchstaben M. D. anhängen, oder den Titel Doctor unter Vorspiegelung des Doctor medicinae gebrauchen sollte, soll mit Geldstrafe von 100—500 Dollar für jede Zuwiderhandlung oder Gefängniss bis zu drei Monaten gestraft werden».

Louisiana straft in gleichen Fällen mit 50—100 Dollar oder Gefängniss von 10—90 Tagen oder mit beiden Strafen. Auch Montana hat ein strenges Gesetz erlassen, in welchem § 4 lautet: «Die Behörde kann die Anerkennung des Zeugnisses verweigern wegen unstandesgemässen, unehrenhaften oder unmoralischen Betragens. Zur ersteren Art gehört die öffentliche Anpreisung ärztlicher Behandlung».

§ 7 «Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafen von 100 bis 500 Dollar oder Gefängniss von 30—90 Tagen oder mit beiden Strafen gestraft».

Vielleicht haben hiermit die praktischen Amerikaner die Kurpfuscher-Frage gelöst, welche in den Ländern diesseits und jenseits der Vogesen so verschieden beurtheilt worden, indem man in Deutschland zur Hebung des Aerztestandes den Befähigungsnachweis und strenge Gesetze gegen die Kurpfuscher verlangt, während man in Frankreich die dortigen so gearteten Gesetze in ärztlichen Kreisen abgeschafft wissen will.

Kehren wir nach Europa zurück und betreten wir unser grosses Heimathland, das russische Reich, so hiesse es Eulen nach Athen tragen, unsere ärztlichen Verhältnisse einer ausgiebigen Schilderung zu unterziehen. Die Lage der praktischen Aerzte ist ja eine gute zu nennen. Das Vereinswesen befindet sich in steter Entwickelung, indem 118 ärztliche Vereine über das grosse Reich verstreut existiren, die in ihrer Gesammtheit viel vermöchten, wenn eine Centralvertretung organisirt würde. Die ältesten Gesellschaften sind die Физико-Медицинское Общество in Moskau, gegründet 1804, und die St. Petersburger Deutsche Medicinische Gesellschaft gegründet 1819.

Eine sonst in der Welt nicht geübte Einrichtung sind die Stellungen unserer Semstwo-Aerzte, die in 440 Bezirken etwa 2000 an Zahl eine segensreiche Thätigkeit entfalten, indem sie unentgeltlich die Kranken ihres Kreises gegen ein von der Semstwo gewährtes Fixum behandeln, wozu ihnen freie Medicamente aus den Semstwo-Apotheken, auch Krankenhäuser mit 10 bis 20 Betten zur Verfügung gestellt sind. Da das wohlhabende Publikum gut zu honoriren pflegt, so kommt die alte vom Jahre 1789 stammende Taxe kaum zur Anwendung [7]).

In dem uns benachbarten Oesterreichischen Staate ist die Lage der Aerzte keine glänzende. Die Honorarsätze in der

---

Classe 250—525 Kop. nach russischem Gelde. Nachtbesuche werden doppelt berechnet, ebenso ein Kath. etc. Als fernere Beispiele wird gezahlt: Für eine Sectio cäsarea in der I. Classe 100—150 Rbl., II. Classe 100—200 Rbl., III. Classe 175—350 Rbl. Leitung einer Geburt: I. Classe 10—20 Rbl., II. Classe 10—30 Rbl., III. Classe 20—50 Rbl. In der chirurgischen Praxis: Eine Narcose 10—20 Rbl., Luxation 10—100 Rbl. Fractur 10—50 Rbl. Resection 50—200 Rbl. etc.

[5]) Für eine Visite $\frac{1}{2}$—3 f. etwa 20 Kop. bis 120 Kop. Nachtbesuche $1\frac{1}{2}$—9 f. 60 Kop. bis 360 Kop. Für Assistenz und Narcose bei Operationen 8—25 f. = 30 Kop. bis 10 Rubel. Impfung $2\frac{1}{2}$—5 f. = 1—2 Rbl. Gypsverband 5—25 f. = 2—10 Rbl. Luxation-Einrichtung, Fracturen 10—50 f. = 4—20 Rbl. Geschwulstoperationen, punctio abdominis et thoracis etc. 5—50 f. = 2—20 Rbl. Grosse Operationen 50—800 f. = 20—320 Rbl. et etc.

[6]) Dieser Tarif enthält z. B. folgende Sätze: Einmalige Krankenvisite: Dollar 2—5 = 120—300 Kop. Jede folgende 2—5 Doll. = 120—300 Kop. Nachtbesuch 5—10 Doll. = 3 bis 6 Rbl. Consultation 5—20 Doll. = 3—12 Rbl. Operationen: Eine Amputation grösserer Glieder 100—1000 Dollar = 60—600 Rbl. Eine Resection 100—500 Doll. = 60 Rbl.—300 Rbl. Reduction einer Dislocation 10—250 Doll. = 6—150 Rbl. Tumorenexstirpation 10—1000 Doll. = 6—600 Rbl. Vaccination 2—25 Doll. = 1 Rbl. 20 Kop.—15 Rbl.

[7]) Nach derselben beanspruchen: Ein Doctor der Medicin für eine Geburt 1 Rbl. 50 Kop., für eine Visite und Recept 30 Kop. Der Arzt für eine Geburt 1 Rbl. 50 Kop., für eine Visite und Recept 15 Kop. Der Doctor erhält für einen mündlichen und schriftlichen Rath 1 Rbl. 50 Kop., der Arzt nur 90 Kop. Ein Clysma wird mit $7\frac{1}{2}$ Kop. veranschlagt. u. s. w.

Privatpraxis sind nicht geregelt, das Gesetz giebt dem fordernden Arzte keine Schutzmittel an die Hand. Bei der buntgemischten Bevölkerung des Reiches haben die Aerztekammern bisher vergeblich angestrebt, eine allgemeingültige Taxe zu schaffen, doch ist der Wunsch durchweg verbreitet, dem Aerztestande mit vielen Pflichten und wenig Rechten wenigstens eine verbesserte ökonomische Lage zu schaffen, wozu die Regierung es leider noch an der gewiss gerechtfertigten Initiative fehlen lässt, denn sie hält noch an den alten vom Jahre 1855 stammenden Sätzen fest. Darnach erhält der behördlich requirirte Arzt bei rein forensischen Bemühungen 1 bis 10 Gulden; für geringfügige Verrichtungen, Untersuchung des Gesundheitszustandes eines Individuums auf behördliche Veranlassung hin bekommt der Arzt aber nur 10 Kreuzer, also etwa 6 Kop.; werden bei einer solchen Gelegenheit mehr als 6 Personen besichtigt, so erhält der Arzt für jeden Fall mehr nur 5 Kreuzer (!) und die Fahrt an den betreffenden Ort wird nicht besonders bezahlt. Für einen solchen Bettellohn müssen die guten österreichischen Collegen arbeiten, ohne in der Privatpraxis grössere Entschädigung zu erwarten, wo der Honorarsatz für einen Besuch 1 bis $1^1/_2$ Gulden «üblich» ist, von der Concurrenz aber auch schon hier und da herabgedrückt wurde. Dem Bedürfnisse, sich zu organisiren, sind in Oesterreich die Aerztekammern entsprossen, welche vorherrschend wissenschaftlichen Charakter hatten, deren Befugnisse aber durch das Kammergesetz vom 22. December 1894 wesentlich erweitert wurden, indem ein Ehrenrath geschaffen wurde. Derselbe ist befugt, gegen in der Kammer vertretene Aerzte Erinnerungen, Verwarnungen, Rügen, Geldstrafen bis 200 Gulden und Entziehung des passiven oder aktiven Wahlrechtes auf Zeit oder dauernd zu verhängen. Es müssen nette Dinge unter den österreichischen Aerzten vorgekommen sein, wenn man die im vorigen Jahre erfolgte nähere Fixation der Vergehen durchmustert, und findet, dass als strafbar erachtet werden soll. «Reklame durch Plakate, Flugblätter, Hotelblocks etc., Veröffentlichung von Dankschreiben, Anpreisung in Vorträgen oder Abhandlungen eigener Kunst oder besonderer Medicamente, marktschreierische Firmentafeln, marktschreierische Ankündigungen von Instituten oder Heilanstalten, wo der betreffende Arzt amtirt, u. s. w.».

Möge eine solche Zuchtpolizei dem gedrückten Stande der österreichischen Aerzte zum Heile gereichen, ich glaube aber nicht, dass durch Paragraphen eines Sittencodex die gesunkene Moral gehoben werden kann.

Der Streit in dieser Frage hat in Deutschland, wohin wir unsere Aufmerksamkeit nun wenden wollen, theilweise seinen Abschluss gefunden, auch dort sind den Aerztekammern Preussens durch ministeriellen Erlass vom 24. Januar 1896 Ehrengerichte beschieden, deren Verhandlungen wohl bald die Beilagen der medicinischen Presse zieren werden.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

M. Mühlmann. Zur Physiologie der Nebenniere. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 26. 1896.

Die experimentellen Untersuchungen von Brown-Séquard, Langlois und anderer Autoren haben ergeben, dass die Nebennieren durchaus keine nebensächliche Rolle im Organismus spielen. Die Exstirpation derselben ruft bei Kaninchen und Meerschweinchen schwere Functionsstörungen des Circulationsapparates und des Nervensystems hervor, die sehr bald den Exitus lethalis herbeiführen. Weitere Versuche haben gezeigt, dass das Nebennierenextract schon bei Injection geringer Dosen eine deutliche Blutdrucksteigerung bewirkt. Ueber die Natur der wirksamen Substanz ist man noch im Unklaren. M. hat nun im Salkowski'schen Laboratorium Versuche angestellt, um das chemische Wesen der Substanz genauer festzustellen. Er fand, dass Nebennieren vom Rind und Kalb, nach dem Digeriren mit Wasser und Alkohol und später nach dem Verdunsten des Alkohols einen Rückstand liefern, der durch Kochen mit Salzsäure sich in Brenzcatechin und eine noch unbekannte Verbindung spaltet; letztere soll nach M. an das Brenzcatechin gebunden sein und von diesem erst durch das Kochen mit Salzsäure getrennt werden. Verf. hat ferner das Brenzcatechin direkt in der Marksubstanz der Nebennieren nachweisen können. Mit dem Rasirmesser wird eine Querscheibe der Nebenniere abgeschnitten, auf den Objectträger gebracht und darauf ein Tropfen dünner Eisenchloridlösung. Nach wenigen Secunden färbt sich die Marksubstanz grün, während die Rinde ungefärbt bleibt; schöner tritt die Reaction zu Tage, wenn man einen Tropfen Natriumbicarbonatlösung hinzusetzt: die Marksubstanz wird intensiv roth, die Rinde bleibt ungefärbt. Die Thatsache einer stetigen Brenzcatechinbildung in den Nebennieren in innigster Beziehung mit dem Blut kann insofern von grosser Wichtigkeit für den Organismus sein, als festgestellt ist, das Brenzcatechin, ebenso wie das Nebennierenextract in geringen Dosen eine blutdrucksteigernde Wirkung besitzt. Ferner wirft diese Thatsache einiges Licht auf die ihrem Wesen nach unbekannte Bronzekrankheit. In dieser Beziehung ist von grosser Bedeutung der Umstand, dass der am stärksten pigmentirte Theil der Epithelzellen der Nebennierenrinde, an der Grenze Grenze zwischen Mark und Rinde liegt. Es ist bekannt, dass Brenzcatechin an der Luft oder bei Berührung mit Geweben in alkalischer Lösung sich stark bräunt. Ist nun festgestellt, dass in der Markssubstanz sich Brenzcatechin befindet, so ist es klar, warum die angrenzende Schicht stärker gebräunt, pigmentirt ist. Man kann sich auch ferner vorstellen, dass das Brenzcatechin auch entfernter liegende Epithelien der Haut zu färben im Stande sei, falls es durch krankhafte Störung ins Blut gelangen soll. Verf. stellt sich die Addison'sche Krankheit als eine solche vor, in welcher Brenzcatechin nicht an Ort und Stelle seiner Bildung, in der Nebenniere oder sehr bald nach dem Verlassen derselben, in eine andere unschädliche Verbindung umgewandelt wird und in den Blutkreislauf gelangt. Im Blute wird es oxydirt und in ein braunes Produkt umgewandelt, welches die Haut pigmentirt. In Folge der Giftigkeit des Brenzcatechins entstehen nach Verf. die schweren Symptome der Addison'schen Krankheit, von denen besonders das Gefäss- und Nervensystem befallen werden. Die normaler Weise vor sich gehende Elimination des Brenzcatechins resp. seiner schädlichen Wirkung auf den Körper wird nach Verf. durch die Thätigkeit der sympathischen Ganglienzellen vermittelt, gleichgültig, ob dieselben sich in der Nebenniere selbst befinden, oder ausserhalb derselben im Ganglion solare. Auf diese Weise lassen sich nach Mühlmann die pathologischen Veränderungen im Ganglion coeliacum bei der Addison'schen Krankheit deuten.

Abelmann.

Alfred Dobrowsky: Beitrag zur Frage der Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis. Archiv für Kinderheilkunde Bd. XXI, pag. 54.

Verf. hat an dem reichen Krankenmaterial der Wiener allgemeinen Poliklinik (Abtheilung des Prof. Monti) Erfahrungen über die Thyreoidinwirkung bei Kindern gesammelt. Er benutzte fast ausschliesslich das Merck'sche Thyreoidinum siccatum in pulver sive in tabulis. Die Tabletten enthalten 0.35 g. der wirksamen Substanz, entsprechend einer ganzen frischen mittelgrossen Drüse des Schafes. Je nach dem Alter können Kinder $^1/_2$—4 Tabletten pro Tag vertragen. Die erste Behandlungswoche hindurch verordnete D. $^1/_2$—1 Tablette täglich, die nachfolgende Zeit hindurch liess er 1—4 Pastillen täglich, je nach dem Alter, nehmen. Da das Thyreoidinum siccatum sich leicht zersetzt, so kann man auch das von Merck dargestellte Thyreoidinum depuratum, das viel haltbarer ist, verwenden.

Man verordnet es entweder in Pillen: Rp. Thyreoidini depurati 0,10, Kaolini 3,0, Vanillini 0,01, Mucilagin. tragacanth. q. s. ut fiant pill. № XXV 1—2 Pillen täglich; oder aber, da das Mittel in Wasser leicht löslich ist, so kann man es auch subcutan verwenden: Rp. Thyreoidini depurati 0,02, Aq. destillat 10,0, Acidi carbolic 0,002. Täglich 1 Spritze voll zu injiciren: Bei vorsichtiger Dosirung des Thyreoidinum siccatum erwies sich dasselbe als ungefährlich; nicht unterlassen soll man den Zustand des Herzens zu überwachen: bedeutende Irregularität der Herzaction erfordert das sofortige Aussetzen des Mittels: In Ganzen und Grossen hat Verf. nur äusserst selten unangenehme Nebenerscheinungen auftreten gesehen. Was die Resultate der Behandlung anlangt, so resümirt D. dieselben folgendermassen. 1. Das Thyreoidinum bewirkte bei Kindern (gesunden und kranken) eine mehr oder minder beträchtliche Körpergewichtsabnahme bis zu einer gewissen Grenze, über welche hinaus trotz fortgesetzter Darreichung keine weitere Abmagerung stattfindet. Diese Grenze fand D. bei Kindern circa als die 4-te Behandlungswoche, der Verlust des Körpergewichts schwankte zwischen 0,5 und $3^1/_2$ Kg. Nach dem Aussetzen des Mittels trat innerhalb 1—2 Wochen wieder Gewichtszunahme ein. 2. Bei Struma parenchymatosa bewirkt es eine sehr beträchtliche Verkleinerung, nicht aber ein gänzliches Verschwinden der strumösen Anschwellung; die Wirkung des Mittels lässt sich schon nach 2—3 Tagen erkennen und erreicht ihr Maximum in 3 Wochen. Die Abnahme des Halsumfanges betrug 1—4 cm. 3. Das Mittel beeinflusst die Prurigo der Kinder rasch und äusserst günstig, indem das Hautjucken und das durch letzteres bedingte Eczem aufhören; die Haut wird infolge dessen weicher, geschmeidiger, die pruriginösen Knötchen bilden sich zurück. Das Allgemeinbefinden der Kinder bessert sich auffallend infolge der wiedererlangten Nachtruhe. Der Erfolg der Thyreoidinbehandlung bei Prurigo trat innerhalb weniger Tagen ein. Nach Aussetzen des Mittels beobachtete D. Recidive, die durch erneuerte Darreichung der Tabletten wieder günstig beeinflusst wurden. 4. Die Erfolge der Thyreoidinbehandlung

bei Idiotie und Cretinismus waren nur sehr unerheblich. Nur in 2 Fällen (unter 12 Fällen) constatirte Verf. eine Besserung der Kopf- und Körperhaltung, bei einem Falle sogar Zunahme der Intelligenz, welche sich im Schwinden der Theilnahmlosigkeit äusserte. 5. Einen irgendwie bedeutungsvollen Einfluss auf die Blutbeschaffenheit konnte Verf. nicht beobachten. 6. Nahezu konstant war Tachycardie zu constatiren. und zwar machte sich dieselbe schon zu Beginn der Darreichung der Tabletten geltend, dabei fehlte das subjective Empfinden der Herzcontractionen. Die Pulsbeschleunigung bestand während der ganzen Dauer der Darreichung und schwand mit dem Aussetzen des Mittels. 7. Ebenso constant war die Vermehrung der Diurese und des Durstgefühls, sowie der P_2O_5-Ausscheidung. Indican war im Harne stets nachweisbar. Albuminurie und Glycosurie wurden nicht beobachtet. 8. Von unschätzbarem Werth hält Verf. das Thyreoidin bei Fällen von Idiosyncrasie gegen Jod; die Anwendung der Thyreoidintabletten ist auch für die Patienten unvergleichlich angenehmer, als die interne oder externe Jodbehandlung. Als zuverlässiges Mittel bezeichnet Verf. das Thyreoidin bei parenchymatösem, secundär nicht verändertem Kropf, sowie bei Prurigo und Adipositas; dagegen ohne wesentlichen Einfluss auf die psychischen Entwickelungshemmungen.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Paul Heymann, Privatdocent an der Universität Berlin. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. 5. und 6. Lieferungen (III. Band, 2. und 3. Lieferungen). Wien, 1896, Alfred Hölder.

Je weiter die Herausgabe des vom Privatdocenten Dr. Heymann redigirten Sammelwerkes fortschreitet, um so mehr müssen wir mit grösster Freude und Befriedigung den hervorragenden Werth desselben anerkennen. Uns liegen 2 weitere Lieferungen vor, die wir ebenso gespannt in die Hand nehmen, wie die ersten vier. Der Inhalt derselben ist folgender: Histologie der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen von Prof. Dr. Schiefferdecker in Bonn. Dieser 65 Seiten fassende Theil bringt uns eine sehr ausführliche und klare Beschreibung des feineren Baues der verschiedenen Abtheilungen der Nasen- und Nebenhöhlenschleimhaut. Prachtvolle, instructive Abbildungen unterstützen in geschickter Weise den Text. Darauf folgt eine ebenso detaillirte Bearbeitung der Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen von der Feder des Züricher Physiologen Prof. Dr. Justus Gaule, dessen leicht fassliche Darstellungsweise des Stoffes bis auf die neuesten Errungenschaften auf diesem schwierigen Gebiete wohl auch den anspruchvollsten Leser befriedigen wird. Der nächste von Dr. Gustav Spiess in Franfurt a/M. bearbeitete Abschnitt stellt eine sorgfältige und genaue Besprechung der bewährtesten Untersuchungsmethoden der Nase und ihrer Nebenhöhlen dar, die besonders für den Anfänger auf dem Gebiete der Rhinologie geeignet ist sich mit denselben vertraut zu machen, aber auch dem erfahreneren Specialisten viel Neues und Interessantes bietet. Etwas nüchtern ist naturgemäss der Theil der Sectionstechnik zur Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen vom Privatdocenten Dr. David Hansemann, Prosector in Berlin, ausgefallen. Dagegen giebt die Allgemeine Semiotik der Nasenkrankheiten vom Privatdocenten Dr. E. Blach in Freiburg eine ausführliche Erörterung aller durch Erkrankungen der Nase verursachten Erscheinungen, die sich diagnostisch verwerthen lassen. Auf eine detaillirtere Wiedergabe des Inhaltes müssen wir leider verzichten; die Namen der Autoren bürgen für die Trefflichkeit desselben. Das Werk darf in der Bibliothek keines Laryngo-Rhinologen fehlen, der immer wieder darnach mit dankbarer Befriedigung greifen wird. Wir hoffen aber, dass auch der interne Arzt darin viel Belehrung und Anregung finden wird.

A. Sacher.

Vermischtes.

— Zum Präsidenten des geschäftsführenden Comités des Congresses russischer Naturforscher und Aerzte, welcher in der letzten Woche des August-Monats 1897 in Kijew stattfinden wird, ist Prof. E. E. Rachmaninow, und zu Gliedern des Comités sind der Rector der Kijewer Universität Fortinski, der Gouvernements-Adelsmarschall Fürst N. W. Repnin, sowie das Stadthaupt von Kijew S. M. Ssolski gewählt worden.

— An Stelle Prof. Bubnow's, welcher auf den Lehrstuhl der Hygiene an der Moskauer Universität übergeführt wurde, ist der bisherige Prosector des hygienischen Instituts in Moskau, Dr. Chlopin, ein Schüler Prof. Erismann's, zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Staatsarzneikunde an der Universität Jurjew (Dorpat) ernannt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Kusmin's auf den Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Kasan ist der frühere Privatdocent der militär-medicinischen Akademie, Dr. E. A. Praxin, gegenwärtig chirurgischer Consultant am Tiflis'schen Militärhospital, ernannt worden.

— Ordensverleihung: der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Oberarzt des Krankenhauses beim Fremdenhospiz des Grafen Scheremetjew in Moskau, Staatsrath Dr. S. Kleiner.

— Verstorben: 1) Am 13. November in Warschau der dortige praktische Arzt Jakob Rogowicz, Specialist für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, im 59. Lebensjahre. 2) Am 9. November der Militärarzt Joh. M. Sachartschenko, welcher durch voreiliges Abspringen, bevor der Eisenbahnzug stille stand, unter die Räder des Zuges gerieth und zerquetscht wurde. 3) In Halle der emeritirte Professor der pathologischen Anatomie der dortigen Universität, Geh. Medicinalrath Dr. Ackermann, im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher erst im vorigen Jahre sich in den Ruhestand zurückzog, ist durch eine Reihe von Arbeiten aus dem Gebiet der Pharmakologie, experimentellen Pathologie und gerichtlichen Medicin bekannt geworden. 4) In Stettin der dirigirende Arzt des Krankenhauses Bethanien Dr. Hans Schmid, an foudroyanter Sepsis, die er sich bei Eröffnung eines jauchigen Abscesses zugezogen hatte. Der Hingeschiedene genoss den Ruf eines hervorragenden Chirurgen; noch kurz vor seinem Tode hat er die chirurgischen Krankheiten der Nieren und Harnleiter für das Penzoldt-Stinzing'sche Sammelwerk bearbeitet.

— Unserem Landsmanne, dem Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie Dr. Eugen Boström in Giessen, der in Fellin (Livland) geboren ist und dort auch seine Erziehung genossen hat, ist vom Grossherzog von Hessen der Titel eines Geheimraths verliehen worden.

— Der Privatdocent Dr. Wilh. Nagel, Secundärarzt an der geburtshilflichen Klinik Prof. Gusserow's in der Charité, ist zum ausserordentlichen Professor der Berliner Universität ernannt worden.

— An Stelle des verstorbenen Mitglieds des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Prof. Dr. Sell, ist der Göttinger Professor der Chemie, Dr. v. Buchka, in's Reichsgesundheitsamt berufen worden.

— Dem Hofarzt, Sanitätsrath Dr. Boer in Berlin ist der Professortitel verliehen worden. Derselbe hat sich an den Forschungen Behring's und Brieger's über Immunität und Antitoxine mehrfach betheiligt. (Allg. m. C.-Ztg.).

— Dr. Bogoljubow hat der Universität Kasan 6000 Rbl. vermacht, deren Zinsen zu einem Stipendium für einen Medicinstudirenden verwandt werden sollen. Die Bestimmung des Stifters, dass die Wahl des Stipendiaten den Studenten selbst überlassen und nur von der Facultät bestätigt werden soll hat das Ministerium der Volksaufklärung nicht genehmigt.

— Am 26. November wurde in Berlin ein russisches Kranken- und Siechenhaus eingeweiht.

— Vor kurzem beging die weltberühmte optische Werkstätte von Carl Zeiss in Jena das Fest ihres 50-jährigen Bestehen. Ihr Begründer Carl Zeiss ist bereits im Jahre 1888 im Alter von 72 Jahren gestorben. Das Institut steht gegenwärtig unter der Leitung von Prof. Abbe, der ersten Autorität auf dem Gebiete der geometrischen Optik und Erfinder des nach ihm benannten „Condensors. Ausser Prof. Abbe, der bereits seit 30 Jahren an dem Institut wirkt, gehören noch Dr. Otto Schott, Leiter eines glastechnischen Laboratoriums in Jena, und Dr. Czapski, ein Schüler von Helmholtz und tüchtiger Optiker, dem Direktorencollegium des Zeiss'schen Instituts an, so dass Technik, Mathematik und Physik in planvoller Weise zusammenwirken.

— Die Pest herrscht im brittischen Ostindien in erheblichem Grade. In Bombay sind vom 10. bis 19. November n. St. 90 Erkrankungen und 65 Todesfälle vorgekommen.

— Die Cholera ist in Egypten dem Erlöschen nahe.

— Der Congress der russischen Syphilidologen in St. Petersburg ist auf die Mitte des Januar Monats 1897 verlegt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. November d. J. 7635 (106 wen. als in d. Vorw.), darunter 940 Typhus — (33 wen.), 870 Syphilis — (32 wen.), 113 Scharlach — (4 wenig.), 129 Diphtherie — (7 wen.), 16 Masern — (8 mehr) und 22 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. November 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	270	583	112	38	90	25	16	21	65	56	48	34	36	33	8	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 21, Diphtherie 42, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 41, Todtgeborene 32.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. December 1896.

Tagesordnung: Dr. Hirsch: Behandlung der Gicht.

Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. December 1896.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Довв. ценз. Спб. 30 Ноября 1896 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.

Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.

St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 7. (19.) December 1896

Lungentuberculose und ihre Behandlung speciell in Haus-Sanatorien.

Von
Dr. med. S. Unterberger.
Oberarzt des Militär-Hospitals in Zarskoje-Sselo.

Die Furcht vor Infection an der Schwindsucht ist wohl nirgends in der Welt so gross gewesen, wie in Italien, im Mittelalter, besonders als sie die Stütze einer medicinischen Autorität erhielt, durch den berühmten Professor in Padua Morgagni (1682—1771). In seiner Arbeit über Bluthusten, Empyem und Phthise gesteht er selbst zu, dass er Phthisiker niemals behandelt habe, weil er fürchtet, durch dieselben angesteckt und selbst phthisisch zu werden; auch habe er aus demselben Grunde nur eine einzige Obduction eines Schwindsüchtigen gemacht. In den Städten Italiens, schreibt Haupt[1]), wurde Ende des vorigen Jahrhunderts öffentlich auf die Gefährlichkeit des Umganges mit Phthisikern — in Florenz sogar durch Affischen — hingewiesen. Eine gesetzliche Folge aber, die sich sogar bis in die Mitte unseres Jahrhunderts erhielt, kam allein in Neapel zu Stande, dessen oberstes Gesundheitsamt, am 19. Juli 1782 ein Decret in Kraft treten liess, welches thatsächlich die Schwindsucht mit der Pest auf eine Stufe stellte. Die rigorosen Bestimmungen gipfelten in der Isolirung der armen Schwindsüchtigen, deren durch den Arzt versäumte Anzeige mit 300 Dukaten und im Wiederholungsfall unwiderruflich mit Verbannung auf 10 Jahre an letzterem geahndet wurde. Die Kleidungsstücke wurden separat aufbewahrt, suspecte Mobilien, ebenso wie die Thüren und Fensterrahmen verbrannt, Fussboden, Decke und Wandbekleidung musste erneuert und die Neubauten durften erst nach Jahresfrist bezogen werden. Auf jede Widersetzlichkeit gegen diese sanitätspolizeilichen Maassnahmen stand Gefängniss und event. Galeerenstrafe. Als im Jahre 1809 der oberste Gesundheitsrath das Collegium medicum nochmals über die Contagiosität der Phthise interpellirte, war die Majorität dagegen, allein die älteren Aerzte Morgagni'scher Richtung, welche die Minorität bildeten, wussten trotzdem das Decret weiterhin in Kraft zu erhalten, so dass es thatsächlich bis zum Jahre 1848 mit aller Strenge durchgeführt worden sein soll. Dass die italienischen Aerzte durch diese Demonstratio ad oculos von der Ansteckung der Phthise und von dem Nutzen des Decrets überzeugt worden wären ist nicht anzunehmen, vielmehr spricht das Ergebniss der im letzten Jahrzehnt vorgenommenen Sammelforschung der Societa italiana d'Jgiene gegen die dem Gesetz zu Grunde liegende Hypothese. Von 680 Aerzten, welche auf den versandten Fragekarten antworteten, nahmen 8,6°/₀ Contagiosität als Ursache der Verbreitung der Tuberculose an, während 18,2 °/₀ sich direct gegen die Ansteckungstheorie aussprachen und 73,0°/₀ andere Ursachen, namentlich aber Heredität für die Verbreitung beschuldigten!

Als Villemin im Jahre 1865 seine experimentellen Untersuchungen veröffentlichte, welche die Infection der tuberculösen Massen unzweifelhaft darthaten, und Robert Koch im Jahre 1883 den Tuberkelbacillus entdeckte, schien namentlich durch die Arbeiten Cornet's und Heller's die seit Hippocrates bestehende Anschauung — ein Phthisiker entsteht durch einen Phthisiker — von der Erblichkeit in den Hintergrund getreten zu sein und man schien wieder unter dem Druck der einseitigen contagionistischen Lehre zu stehen, wenn auch die Zeiten vorüber sind, wo man mit Verbannung und Galeerenstrafen sanitätspolizeiliche Versäumnisse strafte.

«Der innige Contact des Säuglings mit einer kranken Mutter, Amme, oder Wärterin, die Küsse eines tuberculösen Vaters, die Verunreinigung der Nahrung des Kindes mit Tuberkelbacillen, die bacilläre Infection von Wunden — das alles scheinen Wege der Infection zu sein, denen gegenüber der hülflose Säugling widerstandslos

[1]) Haupt. Deutsch. Medicin. Zeitung 1890, 1891, № 88, 89. 1894 № 31—34. 1895 № 25. Ein erschöpfendes Material für die Frage über Heredität der Schwindsucht.

unfähig sich verhält, um so mehr, je schwächlicher und resistenzunfähiger sein Organismus ist. So einleuchtend vom theoretischen Gesichtspunkte indessen diese Wege der tuberculösen Infection erscheinen, sagt Ziemssen[2]) weiter, so muss doch, vom praktischen Erfahrungsstandpunkte aus, ihr Einfluss als nicht sehr bedeutend bezeichnet werden. Das lehren die Ergebnisse der Sammelforschungen, das lehrt die tägliche Erfahrung des praktischen Arztes. Die Uebertragung der Tuberculose von den Kranken auf andere mit denselben zusammen lebende Personen, besonders auf den Ehegatten resp. Ehegattin, auf das Pflege- und Dienstpersonal ist doch so ausserordentlich selten, dass es mit der direkten Infectiosität der Tuberculose von Mensch zu Mensch nicht so schlimm stehen kann, als man es sich hie und da theoretisch zurecht gelegt hat».

Mittlerweile sind bereits eine grosse Reihe von Resultaten eingehender Nachforschungen über die vermeintliche Verbreitung der Schwindsucht durch Ansteckung in Spitälern, Heilstätten, Kurorten und kleinen Ortschaften anzuführen, welche geeignet sind, der einseitigen Auffassung von der alleinigen Infection als Ursache der Schwindsucht entgegengestellt zu werden. Am bekanntesten ist für diese Frage die sehr beachtenswerthe Statistik aus dem bis jetzt grössten Hospital für Schwindsüchtige — es ist für 3000 Kranke bestimmt — dem Brompton Hospital for consumption in London, die einen Zeitraum von fast 40 Jahren umfasst; ebenso die Statistik aus dem für 600 Kranke bestimmten Chest-Hospital im Victoria Park, aus dem die Beobachtungen während circa 25 Jahren herrühren. Diese Statistik veranlasst den Professor Humphrey zum Ausspruch, dass eine Uebertragung der Lungenschwindsucht von Kranken auf Gesunde ausserhalb aller Wahrscheinlichkeit liege. Bei meinem diesjährigen Besuche der obengenannten Hospitäler erfuhr ich, dass im Brompton Hospital alle Schwestern sehr lange dienen und dass vor ein paar Jahren eine derselben, die 27 Jahre in diesem Hospital thätig gewesen, nur wegen hohen Alters pensionirt worden ist. Im Victoria Hospital lernte ich selbst eine Schwester kennen, die 22 Jahre an demselben dient, gesund ist und dabei aus einer schwindsüchtigen Familie stammt!

In Deutschland spricht sich Ewald, Guttmann, Fürbringer, Aufrecht, Spinola, in Italien Celli, Guarmesi in demselben Sinne aus wie Humphrey. Guttmann sagt strict, er habe speciell in seiner Praxis Tausend und mehr Tuberculöse behandelt und noch sei von ihm kein absolut sicherer Fall von Ansteckung constatirt worden.

Gegen die blosse Ansteckung in Kasernen haben Vogel in Baiern und Wiek in Oestreich ihre Bedenken geltend gemacht. Im Laufe von 10 Jahren ist es auch mir nicht möglich gewesen in den Kasernen eines Kavallerie-Regiments auch nur einen Fall von Ansteckung zu constatiren. Die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle blieb immer die nämliche, als ich auch vor dem Einrücken des Regiments nach der Lagerzeit, während der Remontearbeiten alle Wände, Dielen und Bettgegenstände, unter meiner persönlichen Leitung, einer gründlichen Desinfection unterwarf. Alle Fälle von Schwindsucht befanden sich auch weiterhin zerstreut in den Sälen, so dass von einer Infection von Person auf Person nicht die Rede sein konnte.

Zu Gunsten der Anschauung der Contagionisten müssten die gesunden Ehegatten der verheiratheten Phthisiker eine bemerkenswerthe Mortalitätsziffer geben. Gerade das Umgekehrte ist aber die Regel. Brehmer sagt: «Nach meinen Beobachtungen ist es die grösste Seltenheit, dass beide Ehegatten an Phthise erkranken resp. sterben». Leudet hat unter 112 Ehen, wo ein Theil an Schwindsucht gestorben war nur 7 Mal beobachtet, dass der nachbleibende Gatte gleichfalls an Phthise zu Grunde ging. Haupt hat bei 1061 Ehepaaren gefunden, dass in 93 von 100 Fällen die Ansteckung von Tuberculose bei Ehegatten ausblieb. Wie viel Ehen werden aber bei der Verbreitung der Tuberculose zwischen Schwindsuchtscandidaten geschlossen!

Aeusserst interessant und lehrreich ist die Arbeit von Riffel[3]) über die Erblichkeit der Schwindsucht, in welcher wir eine neue Forschungsmethode sehen, die viele Vortheile aufzuweisen hat. Riffel hat sich zur Aufgabe gestellt, die allseitige hygienische Durchforschung kleiner Orte, weil diese mit ihrer meist stabilen Bevölkerung einen leichteren Ueberblick gewähren, als grössere Städte und Krankenhäuser mit ihrem, aus allen Weltgegenden zusammengeströmten Menschenmaterial. Nach seinen Nachforschungen konnte er nicht zur Ueberzeugung kommen, dass die Schwindsucht durch Infection sich verbreitete, vielmehr erscheint ihm die Schwindsucht durch Erblichkeit sich zu äussern, die Schwindsucht somit eine constitutionelle Krankheit sei. Der Tuberkelbacillus zeigt sich erst, wenn die Lunge bereits krank und im Zerfall begriffen ist, er spielt dabei eine Rolle, wie etwa der gewöhnliche Schimmelpilz auf einem, in Zerfall begriffenen organischen Substrate, erscheint also als echter Saprophyte. Als eclatantes Beispiel gegen die Infection führt Riffel eine Wohnung an, welche eine Familie K. über 30 Jahre inne hatte und in welcher von 1846—1857 ausser einer Anzahl Kinder fünf erwachsene Personen, an exquisiter lange dauernder Schwindsucht gestorben waren, und die sofort nach dem 1857 erfolgten Tode der letzten schwindsüchtigen Person, von einer zahlreichen Familie bezogen wurde, ohne dass auch nur eine Spur von Desinfection vorgenommen wurde. Die Familie wohnt heute noch (1890) in derselben, an Schwindsucht ist aber seitdem Niemand mehr in dem Hause gestorben. Zudem sind die Wohnungen der Landbevölkerung in der Regel so beschaffen, dass selten mehr als 8—10 Cubm. Wohn- und Schlafraum auf die Person kommen, sehr oft aber weniger. In einer solchen Wohnung werden nun gewöhnlich mit Beginn des Herbstes alle möglichen landwirthschaftlichen Arbeiten verrichtet, oft bis tief in die Nacht hinein, worauf die Leute, ohne sich viel um Ventilation zu bekümmern, in demselben Raume zu Bette gehen. Spucknäpfe sind den meisten ein unbekanntes und unbequemes Ding. Sie speien auf den Boden oder in eine Ecke und zertreten das Sputum, unbekümmert, ob es von einem Schwindsüchtigen stammt oder nicht, mit ihrem Schuhwerke. Kurz, eine solche Wohnung ist das reinste Brutnest für pathogene Pilze. Ganz gleich, wie mit den Wohnungen Schwindsüchtiger, verhält es sich auch mit den Gebrauchsgegenständen derselben. Die Kleider gebrauchen andere ohne Weiteres. Die Betten hängen die Leute, falls sie dieselben überhaupt längere Zeit entbehren können, ein paar Tage in die Sonne oder auf den Speicher, versehen sie dann mit einem frischem Ueberzuge und legen sich sofort wieder hinein.

Anmerkung. Bei seinen Untersuchungen hat Riffel constatiren können, dass Fälle von Puerperalfieber nur bei Individuen aus tuberculösen Familien vorgekommen sind, ebenso alle Fälle von Taubstummheit, essentieller Kinderlähmung, Blödsinn und in 80 sogar Magenkrebs.

Zu denselben Resultaten wie Riffel, kommt auch Haupt bei seiner sehr sorgfältigen statistischen Aufstellung der Gesundheitsverhältnisse in Soden, diesem allbekannten Kurorte für Lungenkranke. Unter den äl-

[2]) Ziemssen, Klin. Vorträge.

[3]) R. Docent am Technicum. Die Erblichkeit der Tuberculose, etc. 1890.

testen 52 Leuten, die zwischen 70 und 90 Jahren alt waren und im Laufe ihres Lebens 31 Wohnungen inne hatten, welche sie im Sommer den Lungenkranken vermietheten, wobei die Hälfte von ihnen gleichzeitig die Wartung und Bedienung der Kranken während der Saison besorgten, findet sich kein einziger Phthisiker.

In scheinbar unbegreiflichem Widerspruche stehen zu dieser, im Laufe der Jahre zu stattlicher Anzahl erwachsener Statistik, die sporadischen Beschreibungen einzelner, zweifelloser Fälle von Ansteckung, ja von einzelnen förmlichen Hausepidemien ist hin und wieder berichtet worden. Haupt ist bei seinen Forschungen auch ähnlichen Fällen begegnet, als er aber immer weiter auf den Grund der Erkrankungen eindrang, was bisweilen nur auf sehr mühsamen Umwegen zu erreichen war, da wurde seine Vermuthung von einer stattgehabten Ansteckung der Gesunden durch Kranke zu nichte gemacht, Heredität konnte constatirt werden. Bei ähnlichen sorgfältigen Nachforschungen würden sich gewiss noch viele der beschriebenen Hausepidemien auf Heredität zurückführen lassen, aber eine grosse Anzahl würde noch übrig bleiben, wo man Heredität ausschliessen, und eine Infection annehmen muss.

Bei diesem Forschen und Suchen der Vererbungsvorgänge stellte es sich aber allmählich heraus, dass der von Koch für die Tuberculose unbedingt nothwendige Erreger, der Tuberkelbacillus, recht oft vermisst wurde. Die Zahl der Beobachter ist mittlerweile recht gross, welche im Sputum notorisch Schwindsüchtiger auch bei der sorgfältigsten Untersuchung niemals den Bacillus finden konnten; ebenso wurde er vermisst bei der mikroscopischen Untersuchung tuberculöser Lungen. Die mikroscopische Sputum-Untersuchung der Schwindsüchtigen constatirte ferner nicht selten ausser Tuberkelbacillen eine Menge von pathogenen Pilzen, die man schliesslich gleichfalls für wesentliche Betheiliger an den destructiven Processen in den Lungen ansah und somit die Lungenschwindsucht für eine Misch-Infection erklärte.

In seiner Arbeit «Die Tuberculose als Misch-Infection» kommt Ortner[4]) zu folgenden Schlüssen: «Noch lange ehe der Tuberkelbacillus die für ihn specifische Gewebsalteration zu veranlassen im Stande ist, muss die in kürzester Frist durch den selbst später eingewanderten Mikrococcus pneumoniae ins Leben gerufene pneumonische Gewebsinfiltration zu Stande gekommen sein. Und innerhalb des pneumonisch infiltrirten Gebietes findet man Tuberkelbacillen liegen, welche bis dahin noch keinen, oder mindestens keinen histologisch erkennbaren Antheil an dem bestehenden Erkrankungsprocesse genommen haben und erst in der Folge in Action treten werden. Nicht überall, wo der Tuberkelbacillus in einem pathologisch afficirten Gewebe nachweisbar ist, ist dieses meiner Meinung nach, sagt Ortner, desswegen auch schon specifisch tuberculös afficirt, muss eine tuberculöse Gewebsaffection vorliegen. Der Micrococcus pneumoniae steht in allen seinen Varianten zwischen dem typischen Streptococcus pyogenes und dem typischen Diplococcus pneumoniae, und man findet ihn bei croupöser und lobulärer Pneumonie.

Mit der Anschauung, dass es sich in den sämmtlichen Fällen bei chronischer Granular Tuberculose um ursprünglich echte, durch den Micrococcus pneumoniae erzeugte Bronchopneumonien handelt, ist ein Satz aufgestellt, für welchen schon manche Autoren, wie Ortner sagt, wenn auch nur vermuthungsweise oder in mehr allgemeiner Fassung eingetreten sind, wie z. B. Cruveilhier, Rindfleisch, Babes, Czaplewski, Aufrecht, Liebermeister, Biedert und Siegel, Maragliano, Weichselbaum, Jordan, Tschistowitsch, Strümpel, Bäumler, Mosny, Wesener, Wagner, Cornil, Orth, Thorn, Kussov, Watson Cheyne, Masfani.

Somit sind nach Ortner frische Bronchopneumonie, frische Lobularpneumonien bei chron. Granulartuberculose der Lunge und tuberculisirende (verkäsende) confluirende Bronchopneumonie nicht blos histologisch sondern auch ätiologisch wahre Pneumonien, primär erzeugt durch den Micrococcus pneumoniae, erst secundär beeinflusst durch den Tuberkelbacillus, den er gleichfalls, wie viele andere Autoren, sehr häufig in frischen Tuberkeln vermisst hat. Kommt es nun einmal durch Einbruch eines tuberculösen Herdes zu einer miliaren Tuberculose, so wird doch ein derartiger perforirender Herd nicht ausschliesslich Tuberkelbacillen, sondern erwiesenermaassen neben diesen auch Eitercoccen und den Micrococcus pneumoniae enthalten. In solchen Fällen dürfte es sich somit um eine combinirte Tuberkelbacillen-Coccen-Septicaemie drehen, eine Erscheinung, die ja recht häufig vorkommt.

Mana e Mensi[5]) fanden neuerdings im Eiter, im Auswurf, im Blut und im Milzsaft einer Patientin einen eigenartigen Organismus, der auf Thiere verimpft, sich im Blute und in den Organen wiederfindet, indem er die charakteristischen Knötchen der Pseudotuberculose erzeugt. Diese Pseudotuberculose stellt nach den Verfassern eine ätiologische Einheit dar. Sie glauben, dass manche Fälle von sogenannter allgemeiner Tuberculose im Kindesalter, bei denen man die Koch'schen Bacillen vermisst, hierher gehören.

In jüngster Zeit behauptet Prof. Middendorp[6]) in Groningen (Niederlande), dass er trotz zahlloser Untersuchungen, weder in jungen, von experimenteller Tuberculose herstammenden Tuberkeln, noch in den kleinsten grauen, cruden punktförmigen und submiliaren Knötchen aus verschiedenen Organen bei acuter Miliartuberculose des Menschen oder in solchen Knötchen bei vorgeschrittener tuberculösen Affectionen in demselben oder in einem anderen Organe, jemals diese Koch'schen Bacillen habe auffinden können. Bei dem Nachweis von cultivirten Tuberkelbacillen mittelst Färbung wird ganz wenig Tuberkelmasse entweder aus ausgehustetem Schleim von Kranken mit Cavernen, die mit Luftrohrästen im offenen Zusammenhang stehen, oder aus ebensolchen Cavernen nach dem Tode genommen und in den Brutofen gebracht. In dem Inhalt und an den Wänden solcher Cavernen in den Lungen finden sich in wechselnder Menge Mundschleimbacillen, ihre Keime oder Sporen und daneben ihre äusserst zahlreiche Nachkommenschaft. Die ersteren sind in jene Cavernen längs der Luftwege beim Einathmen und Husten gekommen, und ihre Abkömmlinge, welche bei Weitem die grösste Zahl ausmachen, haben sich nachher dort aus den Keimen in verschiedenen Generationen entwickelt. Auch in den, aus solchen Sputis herausgelesenen Flöckchen finden sich, das eine Mal wenige, das andere Mal mehrere, mitunter sehr viele derselben Bacillen mit ihrer Nachkommenschaft und ihren Keimen. Sie stammen grösstentheils aus jenen Cavernen, zum anderen weithin kleinsten Theil sind sie den Sputis beigemischt worden, auf ihrem Wege durch die grösseren Luftwege, die Rachen- und Mundhöhle.

Die zahlreiche Nachkommenschaft nun dieser Bacillen, in verschiedenen Generationen sind es, meiner Meinung nach, sagt Middendorp, welche Koch veranlassst haben, eine bacilläre Ursache der Tuberculose anzunehmen. Sie sind, wie ich wiederhole, für den kleinsten Theil die Auswanderer selber, welche während des Ath-

[4]) O. Die Lungentuberculose, etc. 1893.

[5]) M. La pseudotuberculosa. Ctbl. für Chir. № 32. 1896.

[6]) M. Groningen, 1896. Die Tuberculose.

mens und beim Husten in jenen Cavernen angelangt sind; für den weitaus grössten Theil haben sie sich in den Cavernen aus diesen Auswanderern in zahlreichen Colonien von verschiedenen Generationen entwickelt. In der That sind die sog. Tuberkelbacillen nur die Begleiter von solchen Fällen von Lungenphthisis, wo die Cavernen mit Luftröhrästen in offenem Zusammenhang stehen.

Diese Mikroben dürfen darum keinesweges Tuberkelbacillen in der üblichen Auffassung des Wortes heissen, da sie in den Tuberkeln sonst nicht angetroffen werden und mit der Tuberculose durchaus nicht in ursächlicher Beziehung stehen. Da also für die bacilläre Ursache der Tuberculose die Beweise bis jetzt noch fehlen, muss ich das tuberculöse Virus nach wie vor als eine specifische infectiöse Substanz von grosser Tenacität, aber von noch unbekannter Natur und Constitution betrachten, welche nicht allein an den frischen, cruden und an den gelben Tuberkel gebunden ist, sondern auch an die von jenen herstammende käsige Masse.

Beim Lesen dieser widersprechenden Ansichten fallen einem unwillkürlich die alten Impfversuche zur Erzeugung von Tuberkulose ein, die ja nicht widerlegt wurden und daher verdienen, wieder ins Gedächtniss gerufen zu werden.

In dem Würzburger pathologisch-anatomischen Institut hat Dr. Schottelius[7]) folgende Versuche angestellt. Fünf verschiedene Hunde mussten während acht Wochen täglich 1—2 Stunden inhaliren: № 1. Sputum mehrerer tuberculöser Phthisiker. № 2. Sputum mehrerer bronchitischer — jedenfalls nicht tuberculöser — Personen. № 3 — geriebenen Limburger Käse. № 4 — zerriebenes, ganz frisches Kalb- oder Schweinshirn. № 5 — feines Zinnoberpulver. Das Resultat war folgendes: Eine miliare Knötcheneruption findet in allen Fällen statt, und zwar stuft sich dieselbe quantitativ in der Weise ab, dass phthisisches und bronchitisches Sputum etwa gleich viel miliare Knötchen hervorbringen. Darauf folgt die Lunge, mit welcher Käse inhalirt wurde, dann die, welche zerriebenes Gehirn bekam, und schliesslich zeigt die Zinnober-Lunge nur ganz vereinzelte weisse Knötchen mit pigmentirtem Centrum, daneben aber interstitiell Zinnober, welcher keine ersichtliche Reaktion des Lungengewebes hervorbrachte. Qualitative, histologische Unterschiede, der durch die verschiedenen Substanzen hervorgebrachten Knötchen konnte Verfasser nicht nachweisen, wie es Klebs und Aufrecht bei ihren Versuchen gleichfalls bestätigten, die auch Riesenzellen in ihnen fanden.

Der Tuberkel wurde histologisch zuerst von Virchow beschrieben und er erklärte ihn für ein lymphoides Neoplasma. Grancher nennt ihn ein Neoplasme fibro-caseux, wodurch er zugleich denselben als ein Organ charakterisirt, welches zugleich die Tendenz zur Erweichung oder Schmelzung und zur Bindegewebswucherung oder Heilung in sich schliesst. Auf diese Weise ist nach Grancher, auch der Weg zu unserem Handeln gewiesen, wir wollen danach streben, die äusseren Schichten der Knötchen zur Thätigkeit anzuregen, um die inneren zum Zerfall neigenden Zellen zu erdrücken, zum Schwinden zu bringen. Aetiologisch fasst Metschnikoff[8]) den Tuberkel für ein Wehrorgan auf, für eine Reaktionserscheinung des Gewebes gegen Mikroben und chemische Gifte; er entkleidet somit den Koch'schen Bacillus der Specificität und erklärt auf einfache Weise die Bildung der Tuberkel im Allgemeinen, und das Nichtfinden von Koch'schen Bacillen in jedem Knötchen der tuberculösen Lunge.

[7]) Sachs, med. Almanach 1879.
[8]) M. Virchow's Archiv Bd. 113.

Wichtiger ist jedoch die Frage, warum sich im Organismus bisweilen rasch, sehr viele Tuberkeln entwickeln, bisweilen sehr wenige oder gar keine. Das hängt von der Disposition ab, lautet die Antwort. Was aber Disposition ist, bleibt noch unklar, und man begnügt sich mit der Erklärung: mangelhafter Widerstandsfähigkeit, guter oder schlechter Nährboden für die Entwickelung von Keimen etc. und spricht von einer ererbten und acquirirten Disposition.

Wolffberg[9]) fasst die Disposition zur Tuberculose lediglich als eine Frage der cellularen Physiologie auf. Wenn die Tuberkelbacillen in den Zellen der Lymphdrüsen und in den Endothelzellen lymphatischer Räume, innerhalb der Lungen, vornehmlich in den endothelialen Zellen der lymphatischen Wege des Parenchyms zur ersten Ansiedelung gelangen, so ist eben an diese Zellen die Disposition zur Tuberculose gebunden. Die Heredität der Tuberculosedisposition betrachtet Wolffberg als eine Familieneigenthümlichkeit, gebunden an eine Generationszelle, aus welcher die obenbezeichneten lymphatischen Zellen des wachsenden Organismus hervorgehen oder kürzer: als immanente Eigenschaft der Generationszelle.

Von diesem Gesichtspunkte begreifen sich leichter die nicht seltenen körperlichen Begleiterscheinungen der hereditären Disposition, der sog. Habitus phthisicus. Mit Unrecht beschuldigt man die Schwäche der Inspirationsmuskeln, der Muskeln überhaupt, die mangelhafte Blutbildung, die schlechte Entwickelung der Gefässe und des Herzens als sehr wirksame Ursachen der phthisischen Disposition. Die genannten Bildungshemmungen würden sich als gleichzeitige, nicht aber als causale Erscheinungen betrachten lassen.

Haupt hält nun die sogenannte congenitale Disposition zur Tuberculose für nichts anderes, als ein latentes Stadium der Tuberculose, dessen Dauer unbegrenzt ist.

Dem Lymphgefässsystem sehr nahe steht nun nicht nur in anatomischer und physiologischer, auch in genetischer Beziehung das Gefässsystem. Hier wissen wir, wie zahlreiche Klappenfehler, Pigmentmäler, Hämophilie und namentlich Arteriosclerose durch mehrere Generationen vererbt werden. Bei der Arteriosclerose wissen wir, dass dieselbe nicht immer allgemein in allen Gefässen auf ein Mal erscheint, im Gegentheil, sie tritt recht häufig local auf, es erkranken nur einige Gefässbezirke, so dass in einigen Familien Apoplexie, in anderen Angina pectoris, in anderen wieder Endarteriitis obliterans als Todesursache auftritt. Weiter wissen wir, dass das Auftreten der Arteriosclerose nicht nur an das Mannes- und Greisenalter gebunden, sondern Huchard, Jaccoud, Rosenbach u. A. haben die Affection sogar bei wenige Monate alten Kindern beschrieben; ebenso hat man bei Sectionen sehr alter Leute — in einem Falle bei einer 113 Jahre alten Frau — die Gefässe völlig unversehrt gefunden.

Nach Analogie dieser Erkrankungen können wir uns leicht eine Vererbung eines specifisch krankhaften (tuberculösen) Lymphgefässsystems vorstellen, welches nicht immer diffus, sondern auch sehr häufig local, nur in einigen Theilen des Körpers sich manifestirt, wobei eine grössere oder kleinere Menge von Mikroben oder chemischen Stoffen genügt, um das Krankheitsbild der Tuberkulose hervorzurufen, welche einerseits entweder local bleibt und zur Heilung gelangt oder sich generalisirt und Schwäche und Tod zur Folge hat. Bei letzteren Fällen ist wohl stets eine Combination von Ursachen, eine Mischinfection zu constatiren.

[9]) W. D. med. Wochenschrift, № 13, 1885.

Die Disposition zur Tuberculose ist nicht nur ererbt, sondern in etwa 1/3 aller Fälle acquirirt, wenn die schwächenden Momente zu häufig und zu intensiv auf das Lymphgefässsystem einwirken. Auf diese Weise werden die immunen Hunde unter Umständen inficirt, sei es durch energische Impfung, sei es durch gründliche Inhalationen tuberculöser Massen (Tappeiner). Hufeland spricht den Satz gerade aus, dass man Kinder durch unzweckmässige Nahrung künstlich scrophulös machen könne. Die fehlerhafte Auswahl der Nahrungsmittel ist ja so manchem älteren Arzte bekannt gewesen, sie ist aber in unserer Zeit häufig nicht genügend berücksichtigt worden. Nach Huchard entwickelt sich die Arteriosclerose ausser durch Infectionskrankheiten, übermässigen Genuss von Alkohol, Tabak, auch durch allzureiche Mahlzeiten, besonders stickstoffreicher Nahrung, bei welcher sich Leukomaine und Ptomaine im Blute bilden. Aehnliche chemische Substanzen oder Produkte einiger Mikroben könnten auch das Lymphgefässsystem alteriren und zu tuberculösen Processen Veranlassung geben.

Alfred Bidder[10]), sich stützend auf die Untersuchungen von Bunge, sieht in einer Ueberladung des Stoffwechsels mit Kalisalzen bei gleichzeitigem relativen Mangel an Natronsalzen, eine der Ursachen der Entwickelung der Scrophulose, Rhachitis, resp. Tuberculose und bei einer entsprechenden Diät, wo die Natronsalze im richtigen Verhältniss stehen, sieht er nicht nur scrophulöse und rhachitische Erscheinungen schwinden, sondern auch tuberculöse Knochenaffectionen günstig verlaufen und den Zustand der Lungenprocesse sich bessern.

Die Versuche Rossbach's[11]) werfen ein Licht auf die dunklen Punkte dieser Frage. Rossbach beobachtete nach Einspritzung von Papayotin in die Blutbahn, sofort eine Entwickelung von Micrococcen im Blute, so dass schon nach zwei Stunden das Herzblut dicht damit durchsetzt war. Dieser Versuch zeigt, dass die Injection eines unorganisirten, von einer Pflanze herrührenden Fermentes, die Beschaffenheit des Blutes so verändert, dass Bacterienkeime sich entwickeln, die unter normalen Verhältnissen nicht zur Entwickelung gelangen, dass also eine chemisch wirkende Substanz eine besondere Praedisposition schafft. Aehnlich werden wohl die trophoneurotischen Entzündungen und Krankheiten zu erklären sein. Brown-Sequard[12]) hat gezeigt, dass die bei Verbrennungen der unteren Extremitäten auftretenden Entzündungen der Eingeweide, reflektirte sind. Sie bleiben aus, wenn die Nerven des verbrannten Schenkels durchschnitten sind, sie treten nur in der Blase, im Mastdarm und Umgebung auf, wenn das Rückenmark in der Höhe des dritten Lumbarnerven durchschnitten ist, und sie erscheinen rasch in der Bauchhöhle, wenn die Durchschneidung in der Höhe des dritten Brustnerven geschieht.

Wir haben jetzt eine Menge Experimente, Thatsachen und Beobachtungen kennen gelernt, die mit der Aetiologie der Krankheiten in engem Zusammenhange stehen. In welcher Weise nur die Parasiten bei der Aetiologie der Krankheiten eine Rolle spielen, darüber hat sich Virchow[13]) im vorigen Jahre in einer Rede folgendermaassen ausgesprochen: «Ein wirklicher Parasit, mag er nun Thier oder Pflanze sein, kann die Ursache einer Krankheit werden, aber niemals stellt er die Krankheit selbst dar. Nichts beweist die Nothwendigkeit dieser Unterscheidung mehr, als die Thatsache, dass Parasiten in grosser Zahl auch im gesunden Körper leben, ja dass in einzelnen Fällen selbst solche Parasiten unschädlich sein können, welche nach dem modernen Sprachgebrauch pathogenetisch wirken sollen. Entwickeln sie diese Wirkung nicht, finden sich z. B. Diphterie-Bacillen im Rachen eines gesunden Kindes, so ist das keine Krankheit. Die Thatsache, dass es gelungen ist, für eine Anzahl der bedeutendsten contagiösen und infectiösen Krankheiten nicht nur die constante Existenz von Microorganismen darzuthun, sondern auch die experimentellen Beweise ihrer Wirksamkeit darzuthun, so ist es freilich noch nicht gelungen, für alle ansteckenden Krankheiten pathogenetische Microorganismen aufzufinden; ja, es ist naturwissenschaftlich noch nicht festgestellt, ob es nicht auch eine Ansteckung ohne Bakterien giebt. Es mag nur an die Hundswuth erinnert werden, sowie an die zahlreichen Krankheiten der neoplastischen Reihe, von den Carcinomen und Sarkomen bis zu den Enchondromen und Myxomen, welche in ihrer Verbreitung im Körper sich ganz wie ansteckende Krankheiten verhalten».

(Schluss folgt).

[10]) Bidder. Ueber die Beziehung der Alkalien etc. Berl. Klin. W. № 47. 1883.
[11]) Ziegler. Path. Anatomie. 1889.
[12]) Benedikt. Nervenpathologie. 1874.
[13]) 100 Jahre allg. Pathologie. 1895.

Ueber die Lage des Aerztestandes mit besonderer Rücksicht auf die Aerztekammern in Deutschland

Von

Dr. Hermann Meyer.

Nach einem Vortrage, gehalten im Talsenschen Aerztevereine.

(Fortsetzung).

Aerztekammern besitzt Preussen seit dem Jahre 1887 u. z. in jeder Provinz eine. Sie besteht aus mindestens 12 durch Wahl seitens aller wahlberechtigten Aerzte des betreffenden Bezirkes hervorgehenden Mitgliedern. Die Aufgabe dieser Instanz ist, alle Fragen und Angelegenheiten zu erörtern, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, oder auf Wahrung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind. Sie haben das Recht Vorschläge und Anträge an die Staatsbehörden zu stellen. Bei wichtigen sanitären Fragen und bei Anträgen seitens der Aerzte-Kammern haben die Provinzial-Medicinalcollegien [8]) Vertreter der Aerzte-Kammern als ausserordentliche Mitglieder mit berathender Stimme hinzuzuziehen, und zwar von jeder Aerzte-Kammer zwei; bei Sessionen der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen [9]) ist ein Delegirter zu stellen.

Wahlberechtigt und wählbar ist jeder Arzt des Bezirkes der die bürgerlichen Ehrenrechte ungeschmälert besitzt.

§ 5 der Verordnung: «Aerzten, welche die Pflichten ihres Berufes in erheblicher Weise oder wiederholt verletzt, oder sich durch ihr Verhalten der Achtung, welche ihr Beruf erfordert, unwürdig gezeigt haben, ist durch Beschluss des Vorstandes der Aerztekammern das Wahlrecht und die Wählbarkeit dauernd oder auf Zeit zu entziehen». Ueber die Anschuldigung muss der Betreffende zuvor gehört werden. Bei der Beschlussfassung über Entziehung des Wahlrechts ist ein Kommissarius, vom Oberpräsidenten gesandt, zugegen, er muss gehört werden, hat aber keine Stimme. Gegen den Beschluss kann der Verurtheilte in vier Wochen an den Minister appelliren.

Die Wahlen für die Aerztekammern finden alle drei Jahre statt. Auf je fünfzig Aerzte entfällt ein Mitglied und ein Stellvertreter für die Kammer, kommen dabei nicht die erwünschten zwölf heraus, so stellt der Oberpräsident oder der Vorstand der Aerztekammer eine neue Wahlliste zusammen, in der weniger als fünfzig Aerzte bereits einen Kandidaten erheben. Einwendungen gegen die Liste sind in vierzehn Tagen dem Vorstande der Aerztekammer vorzulegen, dessen Entscheidung wiederum mit einer Beschwerde an den Oberpräsidenten des Kreises beanstandet werden kann. Letzterer entscheidet allendlich.

[8]) In dem Hauptorte jeder Provinz befindet sich ein Provinzial Medicinalkollegium bestehend aus drei Mitgliedern und drei Assessoren unter Leitung des Ober-Präsidenten. Dasselbe entspricht etwa der Gouvernements-Medicinalverwaltung im Russischen Reiche.

[9]) Die wissenschaftliche Deputation ist eine direct unter dem Minister stehende für das Medicinalwesen des Staates arbeitende Behörde und dieselbe besteht aus einem Director und einer unbestimmten Zahl von Mitgliedern. Sie entspricht etwa unserem Medicinal-Departement.

Die Wahlen erfolgen schriftlich mit Stimmzetteln; wer die meisten Stimmen hat, ist gewählt, und entscheidet bei Stimmengleichheit das Loos. Für Erklärung der Wahlannahme bleiben acht Tage nach Bekanntmachung der Wahlergebnisse, wer nicht in dieser Frist eine Erklärung abgiebt, gilt als Ablehnender, und an seine Stelle tritt der mit der nächstgrössten Stimmenzahl. Die Mitglieder bekleiden ihr Amt als Ehrenamt und treten zur Vorstandswahl zusammen, indem sie zunächst die Zahl der Mitglieder des Vorstandes und etwaige Stellvertreter bestimmen. Dann wird der Vorstand aus den zwölf Mitgliedern gewählt und muss derselbe wenigstens aus einem Vorsitzenden und vier Beisitzern bestehen. Der Vorstand vertritt die Aerztekammer nach aussen und vermittelt den Verkehr derselben mit den Staatsbehörden; er fasst seine Beschlüsse nach absoluter Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet der Vorsitzende, wenn aber über eine Entziehung des Wahlrechts verhandelt wird, gilt Stimmengleichheit als Ablehnung des Vorschlags. Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Die Beschlüsse können durch schriftliche Abstimmung erfolgen, wenn nicht ein Mitglied mündliche verlangt. Bei Entziehung des Wahlrechts muss mündlich abgestimmt werden. Der Vorsitzende beruft die Aerztekammer zur Sitzung, präsidirt derselben und sendet schriftliche Einladungen mit Angabe der Berathungsgegenstände acht Tage vor dem Sitzungstermine den Mitgliedern zu. Die Berufung muss stattfinden, wenn zwei Vorstandsmitglieder oder die Hälfte der Mitglieder der Aerztekammer, also sechs solcher motivirt u. z. schriftlich beantragen

Diejenigen Mitglieder der Aerztekammer, welche an den Berathungen der «Wissenschaftlichen Deputation» sich betheiligen müssen, erhalten aus dem Aerar 15 Mrk. täglich, für Sitzungen im «Provinzial-Medicinal-Collegium», 12 Mrk. täglich, Reisekosten werden extra vergütet, wozu vom Staate 5000 Mark ausgeworfen sind.

An dieses Institut der Aerztekammern schloss sich durch allerhöchste Verordnung vom 6. Januar 1896 der «Aerztekammer-Ausschuss».

Derselbe wird aus je einem Delegirten und dessen Stellvertreter von jeder Aerztekammer gebildet und hat seinen Sitz in Berlin. Das Amt ist ein Ehrenamt. Der Aerztekammer-Ausschuss hat die Aufgabe, innerhalb der den Aerztekammern zugewiesenen Zuständigkeit eine vermittelnde Thätigkeit auszuüben, u. z. sowohl zwischen dem Minister der Medicinal-Angelegenheiten und den Aerztekammern, als auch zwischen diesen unter einander. Er hat besonders ministerielle Vorlagen vorbereitend den Aerztekammern zur Berathung zu übermitteln, umgekehrt wieder Vorarbeiten und Vorschläge der Aerztekammern für den Ministertisch zu bearbeiten und zu begutachten. Die Mitglieder des Ausschusses sind auf 3 Jahre gewählt und bestimmen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Die Sitzungen müssen wenigstens ein Mal im Jahre stattfinden. Die Geschäftsordnung ist analog der in den Aerztekammern. Die Veränderung gegen die frühere Ordnung der Dinge besteht darin, dass die Aerztekammern nicht nur je nach den Umständen mit den oberen Staatsorganen der Medicinalangelegenheiten, wohin sie früher ihre Vertreter sandten, Verkehr pflegen, sondern dass nunmehr durch den Aerztekammer-Ausschuss eine directe Verbindung zwischen privatärztlichen Instanzen und dem Ministerium hergestellt ist. Jede Kammer kann ihre lokalen Bedürfnisse, sanitären Wünsche, organisatorische Vorschläge durch ihren Delegirten dem Ausschusse, wo wiederum Aerzte als Sachverständige sitzen, zustellen; dort wird die Sache weiter berathen, begutachtet, redigirt, und dann dem Ministerium zugestellt.

Da in Preussen 13 Aerztekammern bestehen, so setzt sich der Aerztekammer-Ausschuss aus 13 Mitgliedern zusammen. Nachdem diese Standesvertretung, die ihre Thätigkeit unter der Oberaufsicht eines Staatsbeamten, des Oberpräsidenten zu entfalten, verpflichtet ist, den Wünschen der meisten Aerzte des Preussischen Staates entsprechend ins Leben gerufen war, glaubte ein grosser Theil der Aerzte noch nicht genug für die Standesorganisation erreicht zu haben. Nicht zu übersehende Defecte in der ehrenhaften Gesinnung einiger Aerzte, die sich in Unterbietungen bei Anstellungen, namentlich bei den Krankenkassen erwiesen, unlauterer Bewerb und Reklamesucht schienen sich einbürgern zu wollen in einem Stande, der vor allem Lauterkeit der Gesinnung und strenge Ehrenhaftigkeit in seinen collegialen Beziehungen aufrecht erhalten sollte.

Diesen Uebelständen meinte man durch ein «Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern», entgegentreten zu können, denn die Disciplinargewalt und Strafe mit zeitweiliger oder dauernder Entziehung des Wahlrechts und Wählbarkeit, die nach § 5 der Standesvertretung-Ordnung vom 25. Mai 1887 durch den Vorstand der Aerztekammern in Anwendung gebracht werden konnten, erschienen als zu milde Correctionsmittel.

Nach dem Entwurfe des neuen Gesetzes wird für den Bezirk jeder Aerztekammer ein ärztliches Ehrengericht, für den Umfang der Monarchie ein ärztlicher Ehrengerichtshof gebildet. Durch diese Institute sollen die ärztliche Standesehre und besonders die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten überwacht werden. Das Ehrengericht besteht aus fünf Mitgliedern, vier von ihnen sind Aerzte, die als fünftes Glied ein richterliches Mitglied eines ordentlichen Gerichtes cooptiren. Der Präses ist der Vorsitzende der Aerztekammer, die allgemeine Staatsaufsicht über den Geschäftsbetrieb des Ehrengerichtes führt der Oberpräsident. Im ehrengerichtlichen Strafverfahren wird derselbe durch einen von ihm dauernd oder für den einzelnen Fall bestellten Beauftragten vertreten. Alle Glieder der Aerztekammer haben den Vorladungen vor das Ehrengericht bei einer Pön bis 300 Mark für Nichterscheinen Folge zu leisten. Der § 14 des neuen Gesetzes lautet: «Jeder Arzt ist verpflichtet, seine Berufsthätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes, sowie ausserhalb desselben, sich der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, welche der ärztliche Beruf erfordert. Ein Arzt, welcher diese Pflichten verletzt, hat ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt» [10]).

Die Strafen sind: Warnung, Verweis, Geldstrafe bis 3000 Mark, zeitweise oder dauernde Entziehung des aktiven und passiven Wahlrechtes zur Aerztekammer. Die drei letzten Strafen können auch gleichzeitig verhängt werden.

Die Anklage vertritt der Beauftragte des Oberpräsidenten, nachdem Anzeige und Untersuchung stattgefunden, letztere in der Regel durch das richterliche Mitglied des Ehrengerichtes geführt. Nach der Urtheilsfällung können sowohl Beklagter als Ankläger Berufung an den Ehrengerichtshof stellen, wofür eine Frist von vier Wochen gegeben wird.

Der Ehrengerichtshof besteht: 1. aus dem Director der Medicinalabtheilung des Ministeriums der Medicinalangelegenheiten oder in dessen Verhinderung aus dem rechtskundigen Mitgliede dieser Abtheilung als Vorsitzenden. 2. aus drei ärztlichen Mitgliedern der Wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, 3. aus drei Mitgliedern des Aerztekammer-Ausschusses.

Dieser Ehrengerichtshof hat im Berufungsfalle bei einem ehrengerichtlichen Verfahren die letzte Entscheidung.

Von diesem Gesetze mit 49 Paragraphen ist hier nur das Wesentlichste angeführt, doch genügt es, um zu erkennen, dass die Interna des ärztlichen Standes in Strafsachen an die Oeffentlichkeit gelangen müssen, Laien Untersuchungen führen sollen, auch richten sollen und die Oberaufsicht haben. Der Staat und seine Bureaukratie haben ihre schwere Hand auf die zu heilenden Wunden des Aerztestandes gelegt; und da über das Ehrengerichtsverfahren in zuständigen Zeitschriften Veröffentlichungen erscheinen sollen, so kann das Publikum sich bald an Verhandlungen über ärztliche Vergehen erfreuen.

Die Aerztekammern Preussens haben sich über die ihnen zur Begutachtung zugesandte Ehrengerichtsvorlage im zustimmenden Sinne geäussert, und nur wenige Aerzte haben in den Kammersitzungen gegen die freudigen Aeusserungen der Dankbarkeit Protest erhoben und ihre warnende Stimme mit einem timeo Danaos et dona ferentes erschallen lassen. Mit einigen Abänderungen wird demnächst der Preussische Landtag die betreffende Vorlage zum Gesetz erheben können, und es fehlt dann nur noch die Erfüllung des Wunsches vieler Aerzte, auch eine «Standesordnung» in wohlgeordneten Paragraphen von der hohen Staatsregierung zu erhalten, um durch eine solche «straffe Disciplin» unter den Aerzten aufrecht zu erhalten.

Damit wäre allerdings der spanische Stiefel für den Stand der Aerzte vollständig fertig gestellt, es dürfte jedoch sehr fraglich sein, ob damit die Schäden beseitigt werden können, wo jetzt der Schuh ihn drückt. Sollte es wirklich Erfolg haben, in einer hochstehenden Gruppe eines Culturvolkes den sittlichen Niedergang durch einen Ehrencodex und Strafen aufzuhalten? Sollte die Minderwerthigkeit der moralischen Anschauung, die grösseren Theils durch einen herrschenden Nothstand bedingt wird, durch äussere Zwangsregeln wieder gehoben werden können? Ich glaube das nicht. Denn, wenn auch durch die Furcht vor Strafen und vor Schädigungen der Einnahmen in der Berufsthätigkeit manchen Arzt zurückhalten dürften, verwerfliche Pfade zu betreten, so würden doch nur die Aeusserungen und Erscheinungen einer mangelhaften Sittlichkeit nicht zu Tage treten, das innere Wesen bliebe dasselbe. Wenn auch die «Fanggelder» welche Aerzte den Hebammen für Zuschieben von Patienten zahlen, als unziemlich abgeschafft werden, wenn auch den 400 räudigen Schafen unter den Berliner Aerzten das Ehrengericht auf die Finger klopfen würde, fände man nicht bald feinere Mittel, um die Hebammen zu gewinnen, wohinter die Ehrengerichte nicht

[10]) Wird dieses Gesetz rechtskräftig, so fällt der § 6 der Aerztekammer-Verordnung weg.

kommen, oder würden die bestraften 400 nun edel denkende und ehrenhafte «Collegen» werden? Wohl kaum!

Wenn der Gewinn für eine hohe sittliche Lebensauffassung der Glieder eines Standes nicht schon während der häuslichen Erziehung derselben gelegt ward, und später in den Jahren des Studiums im Verkehre mit gleichgesinnten Genossen weiter entwickelt wurde, um dann im Berufe die Probe zu bestehen, dann hilft kein Ehrencodex mehr, um etwa eingerissene, verrottete sittliche Zustände in einer Gesellschaftsklasse zu bessern. In einem so schwierigen Berufe, wie in dem des Arztes muss, wenn noch materielle ungünstige Existenzbedingungen hinzutreten, ein strenges Ehrgefühl und tadelloses Anstandsbewusstsein in Fleisch und Blut des Mannes übergegangen sein, wenn er nicht straucheln soll auf dem rauhen Lebenspfade. Und leicht ist der Lebensweg dem Arzte in Deutschland sicherlich nicht gemacht. Die Taxe ist zwar nicht hoch, und eine Steigerung der Gebühren wird von verschiedener Seite verlangt, aber sie wäre einkömmlich genug, wenn nicht die Zahl der Aerzte zu gross, und die Concurrenz nicht so lebhaft wäre. Dazu kommt das in Unwesen ausgeartete Krankenkassensystem, wo Aerzte durch Unterbietung bereits zu 35 Pfg. pro Kopf herabgestiegen sind, also mit 17 Kop. honorirt werden. Sonst sind die Gebühren für einen Besuch nach Russischem Gelde 1—10 Rbl., das erste Mal, jeder folgende $^1/_2$—3 Rbl. Die erste Visite beim Arzte selbst 50 Kop. bis 5 Rbl., in der Nacht 2—3 Mal mehr. Für Operation eines Abscesses 1—5 Rbl. Verband und Naht 1—15 Rbl. Kleine Geschwülste zu operiren $1^1/_2$—$7^1/_2$ Rbl., grössere 10—100 Rbl. Fracturen 3—$12^1/_2$ Rbl. Amputationen grosser Glieder 15 bis 100 Rbl., kleiner 10—75 Rbl. Knochenresection 15—75 Rbl., Gelenkresection 15—100 Rbl. Eine Geburt 3—10 Rbl. Zange 10—100 Rbl. Kaiserschnitt 25—350 Rbl. u. s. w.

Diese Taxe gilt mit mehr oder weniger Abweichungen auch für die übrigen Länder des Deutschen Reiches; in der Organisation der Aerzte walten aber in den Deutschen Staaten mannigfache Unterschiede.

(Schluss folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. L. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig. 1896.

Als I. Band des vorliegenden Werkes sind im Jahre 1892 die Vorlesungen desselben Verfassers über die Krankheiten des Kehlkopfes erschienen. Die zahlreichen Vorzüge des Buches, das überall mit so grosser Freude aufgenommen wurde, liessen von vornherein eine ebenso vortreffliche Fortsetzung desselben erwarten. Diesen Erwartungen ist Schrötter, einer der hervorragendsten Lehrer seines Faches, in glänzender Weise gerecht geworden: die Erkrankungen der Luftröhre, die bis jetzt entweder nur in ganz kurzen Abrissen oder zusammen mit den Erkrankungen der Luftwege überhaupt abgehandelt wurden, fanden im vorliegenden Werke, wohl zum ersten Mal, eine zusammenhängende, sehr ausführliche Darstellung, durch die ein vollständiges Bild einer Klinik der Luftröhrenkrankheiten geliefert wurde. Das Werk kommt einem wirklichen Bedürfnisse nach und füllt eine Lücke in der bezüglichen Literatur aus. Es eignet sich ebenso zum Studium für den Specialisten, wie für praktische Aerzte und Studirende, weil dasselbe nicht blos alle Fortschritte des Specialfaches, sondern auch den Zusammenhang der Luftröhrenkrankheiten mit der Gesammtmedicin bis in die kleinsten Details berücksichtigt. Die lebhafte und anregende Darstellung, die reiche Erfahrung und scharfe Beobachtung des Autors fesselt immer von Neuem das Interesse des Lesers. So sei denn dieses vorzügliche Buch allen Interessenten aufs Wärmste empfohlen. Die Ausstattung desselben ist eine tadellose.

A. Sacher.

Г. Б. Угетти (Ординарный Профессоръ Общей Патологіи въ Catani'u): Лихорадка. Краткій обзоръ современныхъ знаній о лихорадочномъ процессѣ. Ауторизированный переводъ съ италіанскаго д-ра В. Идельсона. С.-Петербургъ. 1896. Изданіе К. Л. Риккера. Цѣна 2 рубля.

Eine eingehende Besprechung des vorliegenden Werkes erfolgte in dieser Zeitschrift schon im vorigen Jahre (pag. 119) beim Erscheinen der deutschen Uebersetzung desselben. Wir wollen mit diesen Zeilen unsere Leser nur daran erinnern, dass die Tendenz des Buches in erster Reihe dahin geht, eine dem gegenwärtigen Standpunkt der Wissenschaft entsprechende Uebersicht über die herrschenden Ansichten in der Pyretologie, in der Lehre vom Fieber, zu geben. Dank der uns vorliegenden Uebersetzung wird wohl das vortreffliche Werk von Ughetti auch in russischen Kreisen viel gelesen werden, welchen Dr. Idelsohn dadurch einen grossen Dienst erwiesen hat. Er hat das italienische Werk in seiner russischen Uebersetzung nach der deutschen Teuscher'schen vielfach ergänzt und verbessert und mit zahlreichen eigenen Anmerkungen versehen, so dass dieselbe wohl mit Recht als autorisirte bezeichnet werden darf. Es sei die Lectüre des Buches unseren russischen Collegen auf's angelegentlichste empfohlen.

S.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

611. Sitzung am 29. October 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Anders demonstrirt 3 Kinder mit Spondylitis in der Lorenz'schen Gypsschiene und knüpft daran einige Bemerkungen über diese Behandlung.

Herr Schmitz constatirt, dass man in der letzten Zeit von der Reclination, von der seiner Zeit so viel Wesen gemacht wurde, immer mehr zurückkommt. Er selbst hat sich vom Nutzen der Reclination bei ihrer Anwendung an horizontal gelagerten Pat. nicht überzeugen können. Auch das Lorenz'sche Reclinationsbett hat nur diesen Namen, dasselbe ist thatsächlich nur ein Immobilisationsapparat, der einige Vorzüge aber auch Nachtheile gegenüber dem Bonnet'schen Korbe besitzt. Letzterer hat den Nachtheil, dass er dem Kinde gewisse Bewegungen gestattet, dagegen ist er leichter als die Lorenz'sche Schiene und ermöglicht die Defäcation, ohne dass es nöthig wäre das Kind aus dem Korbe herauszunehmen. Auch im Bonnet'schen Korbe kann das Kind ohne Nachtheil weite Reisen machen. Schmitz fragt Anders was er unter einem Abschluss der Behandlung bei 18 von den 34 beobachteten Kindern versteht, wie viel Zeit die Kinder beobachtet wurden, und ob der erwähnte Abschluss der Behandlung letzterer zu verdanken sei.

Herr Anders hat unter dem Abschluss der Behandlung den Zeitpunkt verstanden, wo sich der Gibbus consolidirt hat, und das Kind im portativen Apparat herumgehn kann. Die Reclination ist nicht aufgegeben, dieselbe darf nur nicht erzwungen werden, wenn sich der Pat. in stark pronirter Stellung befindet. Die Schiene soll die compensatorische Krümmung entwickeln d. h. recliniren.

Herr Horn: Es hat niemals die Intention vorgelegen eine Reclination zu erzwingen. Lorenz räth mit sanfter Vorsicht vorzugehn. Es soll erreicht werden, dass sich die Wirbelkörper von einander entfernen.

Herr Anders. Auch die alten Apparate waren de facto Reclinationsapparate, auch die Suspension bedeutet Reclination. Das Lorenz'sche Verfahren erzwingt immer eine Reclination. Das Kind sinkt sanft in die saccardirte Stellung häufig unter Schmerzensäusserung. Die Wirbelkörper sollen aber an einander bleiben, nicht aus einander gezogen werden, damit relativ gesunde Knochenpartien an einander stossen und ein Reiz für neue Callusbildung gewonnen werde.

2. Herr Schomacker macht einige Angaben über die Säuglingsernährung mit Gärtner'scher Fettmilch, welche er seit dem Frühjahr dieses Jahres verwendet.

Säuglinge, die mit dieser Milch ernährt wurden, wichen kaum vom Durchschnittsgewicht von natürlich genährten Kindern ab. Als praktisch erwies sich auch die Zufütterung mit dieser Milch vom 6. Monat an. Acute und chronische Enteritiden besserten sich überraschend schnell. Auch beim erwachsenen Darmkranken ist die Fettmilch von Nutzen, weil sie feinflockig gerinnt, verwendet wird sie ferner bei Diabetes.

Herr Hörschelmann hat gleichfalls in einigen Fällen gute Resultate von der Fettmilch gesehen.

Herr Schmitz führt an, dass die Fettmilch in den ersten Wochen nach der Geburt nach Gärtner zu verdünnen ist. In einem Falle eigener Beobachtung wurde die Fettmilch verdünnt besser als rein vertragen.

Herr von Mossin glaubt, dass die Angabe von dem feinflockigen Gerinnen der Fettmilch noch eine Theorie sei. Nur das Sieden ist die Ursache, weswegen das Casein in grösseren Flocken gerinnt. Noch sind die Urtheile über die Fettmilch, wie sie in der Literatur niedergelegt sind, sehr verschieden.

3. Herr Hecker: Zur Frage über die angeborene Darmocclusion (der Vortrag ist in extenso in der St. Petersburger Med. Wochenschrift № 45 erschienen).

Herr Beckmann macht darauf aufmerksam, dass die primäre foetale Peritonitis in der Literatur eine grosse aetiologische Rolle spielt und als Ursache vieler angeborener Affectionen beschuldigt wird. Thatsächlich lassen sich alle Krankheitsbilder ohne die Annahme einer primären foetalen Peritonitis erklären. Noch liegt nicht eine einzige Beobachtung vor, aus welcher auf das Vorkommen einer primären foetalen Peritonitis mit Sicherheit geschlossen werden könnte. Auch im mitgetheilten Falle kann die foetale Peritonitis sehr wohl secundär sein in Folge von Darmverschlingung resp. angeborener Darmstenose, welche zur Blähung und Entzündung des ober-

halb des Hindernisses gelegenen Darmabschnittes mit nachfolgender nicht infectiöser Peritonitis führte.

Herr Petersen weist die Annahme einer primären Peritonitis infolge von Syphilis zurück.

Herr Anders spricht sich dahin aus, dass die gefundene Peritonitis nicht primär, sondern infolge von Axendrehung mit nachfolgender Entzündung zu Stande gekommen sei.

612. Sitzung am 12. November 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr v. Mossin demonstrirt ein Impfmesser aus Platin-Iridiumlegirung, nach Dr. Lindenborn, das sich ausglühen lässt und von Säuren nicht angegriffen wird.

2. Herr Tiling berichtet kurz über einige Beobachtungen von Behandlung inoperabler Krebse mit Chelidoniumextract. Die äussere Anwendung des Mittels blieb ohne Erfolg. In einem Falle, wo infolge von Krebsmetastasen im Mediastinum Schluckbeschwerden bestanden, wurde nach Injectionen von Chelidonium das Schlucken frei, offenbar aber unabhängig vom Mittel. da die örtlichen Knoten unbeeinflusst blieben. In einem weiteren Falle von Krebsrecidiv nach einem operirten Mammacarcinom wurden die Injectionen gar nicht vertragen, und traten heftige Schmerzen auf.

Ebenso schlechte Resultate wurden bei Patienten mit Zungenkrebs und Magenkrebs erzielt. Tiling erinnert daran, dass die Rad. Sanguinariae, die dieselben Stoffe wie Chelidonium enthält, (Chelidonin und Chelidonsäure), schon längst als Krebsmittel bekannt ist.

Die Herren Bidder, Beckmann und Mörsch haben bei Uteruskrebs gleichfalls keine Resultate mit dem Chelidonium erzielt.

Herr Moritz führt an, dass Rademacher das Chelidonium als Lebermittel lobt. Versuche mit demselben blieben bei Lebercirrhose und Leberkrebs ohne Erfolg. Vielleicht bringt das Mittel ähnlich dem Condurango noch den grössten Nutzen bei krebsähnlichen Erkrankungen des Verdauungstractes, wenigstens sah Moritz in einem Fall von Magenkrebs, nach Condurango, so gute Besserung, dass der Pat. wieder essen, und seinem Beruf nachgehen konnte.

Herr Kallmeyer hat 2 Fälle von Magenkrebs und 1 Fall von Mastdarmkrebs mit Chelidonium behandelt. Es ist nicht unmöglich, dass das aus der Pflanze im Herbst gewonnene Extract nicht so wirksam ist, als wenn es aus Frühjahrskraut bereitet wird.

Herr Wanach sah nach Injectionen in ein Mammacarcinom rapide Verschlimmerung einhergehend mit hoher Fiebersteigerung.

Vermischtes.

— Der berühmte Kliniker Geh.-Rath Dr. Kussmaul, emeritirter Professor für innere Medicin an der Universität Strassburg, der gegenwärtig in Heidelberg im Ruhestande lebt, ist vom Grossherzog von Baden durch die Verleihung des Titels «Excellenz» ausgezeichnet worden.

— Vor einiger Zeit beging der Landschaftsarzt in der Fabrikstadt Nishne-Tagilsk des Kreises Werchoturje (Gouv. Perm), Dr. Peter Kusnezki, sein 25-jähriges Jubiläum im Dienst der Landschaft, welchen er gleich nach Absolvirung seiner Studien in Kasan im J. 1871 antrat.

— Ernannt: Der Milit.-Medicinalinspector des Irkutsker Militärbezirks, Geh.-Rath Dr. Rubez — zum Gebiets-Medicinalinspector des Donischen Kosakenheeres; der Divisionsarzt d. 29. Inf.-Divis., Staatsrath Dr. Besobrasow — zum Mil.-Medicinalinspector des Irkutsker Militärbezirks.

— Verstorben: 1) Am 27. November in St. Petersburg der Ordinator der hiesigen Entbindungsanstalt Dr. Eduard Tschernewski, welcher seit 20 Jahren als Accoucheur und Lehrer an den Hebammencursen der genannten Anstalt gewirkt hat. 2) Am 25. November in Wohlfahrt (Livland) der junge Arzt Dr. Emil Meschak, welcher erst vor Kurzem seine Studien an der Universität Jurjew (Dorpat) absolvirt hatte. 3) In Odessa der dortige Arzt, Staatsrath Demetrius Dallas, im Alter von 84 Jahren. Seine ärztliche Thätigkeit begann er bereits vor 60 Jahren. 4) In Bonn der ehemalige Leibarzt der weil. Kaiserin Augusta, Geheimrath Dr. J. Velten, 78 Jahre alt. 5) Am 21. November in London der als medicinischer Forscher bekannte Arzt Benjamin Ward Richardson im 68 Lebensjahre. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind besonders seine Untersuchungen über locale und allgemeine Anaesthetika (Aether, Amylnitrit Methylenbichlorid) bemerkenswerth. 6) In Kopenhagen der Professor der Gynäkologie an der dortigen Universität, Dr. Asper Stadfeldt.

— Der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Dr. M. S. Ssubbotin, hat hierselbst eine Heilanstalt für chirurgische Krankheiten am Katharinenhof'schen Prospekt, Nr. 91, eröffnet.

— Auf den Namen des Moskauer Professors Vogt (Patholog) ist bei der medicinischen Facultät der Moskauer Universität eine Prämie gestiftet worden, welche alljährlich am 12. Januar für die letzte Arbeit über allgemeine Pathologie einen früheren Zögling der genannten Universität verliehen werden soll. Die Prämie besteht aus den Zinsen von 2000 Rbl., welche die Schüler Prof. Vogt's anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums gesammelt haben.

— Der Privatdocent der Chirurgie an der Universität Heidelberg, Dr. Bernhard v. Beck, ein Schüler des Professors Czerny, ist zum ausserordentlichen Professor für Chirurgie ernannt worden.

— Dr. Mucha, bisher Director des Wiedener Krankenhauses, welchem nach dem Rücktritt des Directors Prof. Dr. Boehm die provisorische Leitung des Wiener „Allgemeinen Krankenhauses übertragen wurde, ist nunmehr definitiv als Director des Allgemeinen Krankenhauses bestätigt worden.

— Der vor Kurzem verstorbene Zuckerfabrikant und Grossgrundbesitzer F. F. Weisse hat, wie der «Tschernomorski Wjestnik» erfährt, seinen Hausarzt Dr. Michael Ossoskow in Achtyrka (Gouv. Charkow), welcher ihn 15 Jahre behandelt hat, fünf Häuser mit den dazu gehörigen Grundstücken und Nebengebäuden testamentarisch vermacht. Diese Häuser sollen grosse Revenüen abwerfen.

— Die Militärärzte des Deutschen Reiches haben in nächster Zeit Gehaltsverbesserungen zu erwarten und zwar sind, wie wir der «Allg. med. Central-Ztg.» entnehmen, nach dem im Deutschen Reichstage eingebrachten Etatsentwurf folgende Gehaltserhöhungen vorgesehen; Für Assistenzärzte I. Classe von 1080 auf 1680 Mark. Stabsärzte von 2160 auf 2700 Mark, Oberstabsärzte II. Classe von 3600 auf 3900 Mark, Oberstabsärzte I. Classe und Divisionsärzte von 5400 auf 6000 Mark, Generalärzte II. Classe von 6600 auf 7200 Mark, Generalärzte I. Classe von 7800 Mark auf 8400 Mark.

— Der nächste Deutsche Congress für innere Medicin wird vom 9.–12. Juni 1897 in Berlin stattfinden. Auf die Tagesordnung sind folgende Themata gesetzt: 1) «Chronischer Gelenkrheumatismus» Referent Prof. Bäumler (Freiburg). 2) Epilepsie — Referent Prof. Unverricht (Magdeburg, früher Dorpat). 3) Basedow'sche Krankheit — Referent Prof. Eulenburg (Berlin).

— Zu den beiden in Russland erscheinenden pharmaceutischen Journalen,—der «Pharmaceutischen Zeitschrift» für Russland, welche seit 35 Jahren in St. Petersburg von der Allerhöchst bestätigten pharmaceutischen Gesellschaft in deutscher und in letzter Zeit auch in russischer Sprache herausgegeben wird, sowie dem seit vier Jahren in Moskau in russischer Sprache erscheinenden «Фармацевтъ» (der Pharmaceut), kommt im nächsten Jahre ein drittes unter dem Titel «Фармацевтическій Вѣстникъ» (Pharmaceutischer Bote) hinzu. Die neue Zeitschrift wird von der «Pharmaceutischen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung» unter der Redaction des Privatdocenten der Moskauer Universität S. O. Tscherwinski und dem Secretair der Gesellschaft B. Ssaltykow in Moskau herausgegeben werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. November d. J. 7744 (109 mehr als in d. Vorw.), darunter 936 Typhus — (4 wen.), 926 Syphilis — (56 mehr), 117 Scharlach — (4 mehr), 114 Diphtherie — (15 wen.), 14 Masern — (2 wen.) und 20 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. November 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
351	259	610	113	35	100	23	10	20	54	68	53	41	45	34	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 33, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 1, Scharlach 18, Diphtherie 32, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asia-

tica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 3. Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 44, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. December 1896.

Tagesordnung: Dr. Hirsch: Behandlung der Gicht.
Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. December 1896.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Изданіе К. Л. РИККЕРА, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1897 годъ

(второй годъ изданія)

„ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ, НЕВРОЛОГІИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ"

ежемѣсячный журналъ, издаваемый подъ редакціею

Проф. В. М. БЕХТЕРЕВА,

директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Начиная изданіе нашего журнала въ Январѣ 1896 г., мы были твердо убѣждены въ необходимости для русской врачебной публики ежемѣсячнаго реферирующаго органа по психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. Опытъ прошлаго года показалъ, что издаваемое нами «Обозрѣніе» было встрѣчено весьма сочувственно врачебной публикой и въ этомъ сочувствіи мы видимъ доказательство справедливости нашихъ предположеній.

Дѣйствительно, не только врачамъ спеціалистамъ, но также земскимъ, военнымъ и вообще всѣмъ практическимъ врачамъ почти ежедневно приходится встрѣчаться съ вопросами вышеуказанной спеціальности; каждый врачъ не разъ чувствовалъ потребность въ болѣе близкомъ знакомствѣ съ болѣзнями нервной системы, играющими такую выдающуюся роль въ жизни современнаго общества. Само собой понятно, что практическіе врачи, знакомые съ современнымъ состояніемъ ученія о нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, могутъ оказать весьма цѣнныя услуги въ дѣлѣ профилактики и лѣченія нервныхъ и душевныхъ разстройствъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ своевременное ознакомленіе съ новѣйшими успѣхами экспериментальной психологіи можетъ облегчить врачамъ и другимъ близко стоящимъ къ школьному дѣлу лицамъ болѣе правильную въ отношеніи умственной гигіены постановку школьнаго образованія. Неоспоримо также и особо важное практическое значеніе криминальной антропологіи и ученія о гипнотизмѣ, какъ въ отношеніи выясненія общихъ психологическихъ вопросовъ, такъ и въ отношеніи практически важныхъ вопросовъ судебно-психіатрической экспертизы.

Имѣя въ виду удовлетвореніе вышеуказанныхъ практическихъ потребностей, «Обозрѣніе» и въ 1897 г. будетъ стремиться дать возможно полное отраженіе современнаго состоянія психіатріи, невропатологіи, неврологіи, экспериментальной психологіи, гипнотизма и уголовной антропологіи, съ цѣлью своевременнаго ознакомленія его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ особо важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней будетъ также отведено въ «Обозрѣніи» надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

I. Оригинальныя статьи по психіатріи, невропатологіи, неврологіи, психологіи' гипнотизму, криминальной антропологіи и по вопросамъ, связаннымъ съ ними.
II. Обзоръ и рефераты по указаннымъ предметамъ.
III. Отчеты, письма и корреспонденціи.
IV. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библіографія.
V. Хроника, новости и смѣсь.
VI. Біографіи и некрологи.
VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала, директора клиники, проф. **В. М. Бехтерева** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редакція открыта по вторникамъ и пятницамъ съ 11—12 ч. дня.

Письма, касающіяся благоустройства неврологическихъ и психіатрическихъ учрежденій и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники, покорнѣйше просятъ адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра **П. А. Останкова** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней).

Всѣ статьи доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи ихъ статьи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ безплатно. Время напечатанія статей и распредѣленія ихъ по книжкамъ будетъ производиться сообразно наличному матеріалу и очереди. Авторы и издатели, желающіе прислать свои труды и изданія въ редакцію, благоволятъ адресовать таковые на имя редактора. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, не полученныхъ №№, пріемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ въ книжномъ магазинѣ К. Л. РИККЕРА (Невскій 14) и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургѣ—9 руб.; за полгода—4 р. 50 коп.; за 3 мѣсяца—2 р. 25 коп.

Ограниченное число экземпляровъ «Обозрѣнія», оставшееся за 1896 годъ, можно пріобрѣтать у издателя по 9 рублей *за годъ*.

Die Buchhandlung von
K. L. RICKER, St. Petersburg
Newsky Prosp. № 14 empfiehlt:

Neue Bücher:

Кульчицкій, Н., Техника микроскопическаго изслѣдованія. Изд. 2-е, съ 45 рис. 1897, Rbl. 1.75.

Лащенковъ, П. Н., Изслѣдованіе воздуха. (Опредѣленіе кислоты). 1896, Rbl. 0.25.

Медицинскій отчетъ дѣтской больницы Принца Петра Ольденбургскаго за 1894-й годъ. 1896, Rbl. 2.00.

Рабовъ, С., Способы прописыванія лѣкарственныхъ веществъ. Перев. съ 25-го нѣмецк. изд. 1897, Rbl. 1.40.

Раухфусъ, К. А., Болѣзни носоглоточной области и верхнихъ дыхат. путей. (Дифтерія въ дѣтской больницѣ Принца Петра Ольденбургскаго за 1894-й годъ). 1896, Rbl. 1.00.

Рунге, М., Учебникъ акушерства. Перев. съ 3-го нѣмецк. изд. Русск. изд. 2-е, съ 112 рис. 1897, Rbl. 3.50.

Серапинъ, К. П., О лѣченіи хирургическихъ формъ зоба препаратами щитовидной железы. 1896, Rbl. 1.10.

Токарскій, А. А., Записки психологической лабораторіи Психіатрич. Клиники Имп. Моск. Университета. 1896, «вып. 4-я», Rbl. 0.50.

Berger, Beitrag zur Therapie d. wahren Gicht. 1896, Rbl. 0.35.

Brouardel, P., La Pendaison, la Strangulation, la Suffocation, la Submersion. 1897, Rbl. 5.40.

Fliess, W., Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. 1897. Rbl. 3.65.

Fuchs, E., Lehrbuch der Augenheilkunde. VI-te Auflage. Mit 231 Holzschnitten. 1897, Rbl. 7.70.

Galtier, M. V., Traité des maladies contagieuses et de la police sanitaire des animaux domestiques. Ed. III-me, avec figures. 1897, Rbl. 9.

Grünwald, L. Atlas und Grundriss d. Kehlkopfkrankheiten. Mit 107 farbigen und 25 schwarzen Abbildungen. (Lehmann's med. Handatlanten Bd. XIV). 1897, Rbl, 4.40.

Hoffa, A., Atlas u. Grundriss d. Verbandlehre. Mit 128 Tafeln. (Lehmann's med. Hand-Atlanten Bd. XIII). 1897, Rbl. 3.30.

Lafar, F., Technische Mykologie. Bd. I. Schizomyceten-Gährungen. Mit Tafel und 90 Abbildungen. 1897. Rbl. 4.95.

Myrdacz, P., Sanitäts-Geschichte des deutsch-französischen Krieges 1870—71. Mit 17 Kartenskizzen und 6 Plänen. 1896. Rbl. 2.50.

de Perry, L., Les somnambules extraencides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales. 1897, Rbl. 2.25.

Poten, W., Die chirurgische Asepsis der Hände. 1897. Rbl. 0.55.

Prior, E., Chemie u. Physiologie des Malzes und des Bieres. 1896, Rbl. 6.00.

Sachs, B., Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Uebersetzung aus d. Englischen. Mit 162 Abbildungen u. 1 Tafel. 1897, Rbl. 7.70.

de Sandfort, B., Du service médical dans les travaux de construction. (Une campagne en Macédoine 1893—95). 1897. Rbl. 3.40.

Дозв. ценз. Спб. 7 Декабря 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15.

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

☛ **Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate** ☚ bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 14. (26.) December **1896**

Lungentuberculose und ihre Behandlung speciell in Haus-Sanatorien.

Von

Dr. med. S. Unterberger.
Oberarzt des Militär-Hospitals in Zarskoje-Sselo.
(Schluss).

Wir sehen, dass noch sehr viel Arbeit und Fleiss nöthig sein wird, um in diese theilweise sehr schwer zu erklärenden Vorgänge Klarheit zu bringen, aber so viel steht fest, dass die Schwindsucht allein durch den Bacillus nicht erklärt ist und dass die Erblichkeit wieder an Bedeutung gewinnt. Etwa ²/₃ aller Fälle werden sich gewiss auf Heredität zurückführen lassen, die Entstehung bei den übrigen Kranken wird man der Infection und Intoxication zuzuschreiben haben. Letztere Erkrankungen geben auch die günstigeren Chancen auf volle Genesung, während bei den ererbten eine zu spät ergriffene rationelle Therapie den Procentsatz von Todesfällen enorm vergrössert. Nicht weniger als ein ¹/₇ aller Todesfälle ist auf die Lungenschwindsucht zurückzuführen; Bollinger will gar auf Grund der anatomisch-pathologischen Veränderungen beim Sectionsbefunde den Nachweis erbringen, dass in den grossen Städten fast jeder dritte Mensch im Leben irgend einen tuberculösen Angriff zu bestehen habe.

Trotz der Schwere des Krankheitsbildes kommen aber glücklicherweise auch Naturheilungen der Schwindsucht vor und zwar nicht in geringem Grade, wie folgende, von mir zusammengestellte Tabelle Zeugniss ablegt.

Autoren	Zahl der Autopsien	Zahl d. Fälle wo bei andern Todesursach. Narben tuberculöser Affectionen constatirt word.	Procentzahl
Rogée	100	51	51 %
Boudet	135	116	85,9 »
Beaux	166	157	91.5 »
Bennet	73	28	38,3 »
Baudet	197	10	5 »
Marsini	228	89	39 »
Bollinger	400	69	17,2 »
Flint	670	75	11,2 »
Loomis	763	71	9,3 »
Heitler	16562	789	4,7 »
Chiari	701	99	14,1 »
Hanau	100	27	27,0 »
Letulle	—	—	50 »
Brouardel	—	—	75 »
Walker	—	—	4,0 »
Renvers	—	—	30,0 »
Fürbringer	—	—	10,0 »
Torlanini	—	—	42,0 »
Babes	—	—	70,0 »

Die Procentsätze der Naturheilungen schwanken zwischen 4 und 94, doch ist die überwiegende Zahl über 30%. Bedenken wir aber, dass höchst wahrscheinlich nur die macroscopischen, nur in die Augen fallenden Narben notirt werden, so können wir die Zahl der Naturheilungen bei Schwindsüchtigen auf 50% festsetzen, wie es von einigen Autoren angenommen wird. Und diese 50% sind nicht in speciellen Krankenhäusern, sind nicht in Sanatorien geheilt, sie gehören zu den ärmsten Schichten der Bevölkerung der grossen Städte, die unter möglichst ungünstigen hygienischen Verhältnissen gewiss ein sehr bescheidenes Leben geführt haben und höchstens ambulant in ärztlicher Behandlung gewesen sind. Ausser dem häufigen Aufenthalte im Freien, in sauerstoffreicherer Luft, mit der dadurch verbundenen energischen Ventilation der Lungen, mag wohl zuweilen unbewusste zufällige bacterienfeindliche Nahrung den bereits bestehenden oder noch latent gebliebenen tuberculösen Herden zur Heilung Veranlassung gegeben haben.

Wenn also gewiss eine bedeutende Zahl von Schwindsüchtigen von selbst heilen, so ist doch ausser Frage, dass die Unterbringung in Sanatorien ein ausserordentlich günstiges Moment zur Heilung der Kranken sei. Die Sanatorien (nach Brehmer-Dettweilerschem Muster eingerichtet) sind es die jetzt wohl von fast allen Aerzten für die geeignetesten Heilstätten für Lungenkranke anerkannt werden.

Bevor wir jetzt näher eingehen werden auf die Principien der Behandlung Lungenkranker, wollen wir uns mit wenigen Worten die in den letzten Decennien sich widersprechenden Anschauungen über Schwindsucht und Tuberculose vergegenwärtigen, um daraus die Directive zu unserem Handeln zu ersehen.

Das mannigfaltige pathologisch-anatomische Bild entzündlicher Processe der Lungen, die unter käsigem Zerfall der Krankheitsproducte verlaufen und an denen der Mensch dahin siecht, dahin schwindet, ist — das Bild der Lungenschwindsucht, der Lungenphthisis. Als Ursache dieser destructiven Processe in dem Lungengewebe hat bereits Sylvius[14]), die von ihm entdeckten, und bekannten Knötchen, die Tubercula betrachtet. Laennec hielt noch an der Identität der Phthise und Tuberculose fest. Nach Buhl erfolgte die acute Miliartuberculose aus einem primären Käseherde auf dem Wege des Blutes, und nach Niemeyer lag die grösste Gefahr für den Phthisiker tuberculös zu werden. In der Neuzeit ist es gerade umgekehrt. Man kann wohl Koch'sche Bacillen und Tuberkeln im Körper beherbergen und vollkommen gesund werden, die Hauptgefahr ist nur dabei phthisisch zu sein. Sprach Buhl von einer Autoinfection, so wird nach den Versuchen von Villemin und nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch Koch die Schwindsucht für ansteckend erklärt und es hiess: keine Tuberkeln ohne Bacillen! Nachdem indessen im Sputum und in den Lungen vieler Schwindsüchtiger die Koch'schen Bacillen vergebens gesucht und da häufig in Tuberkeln selbst sich keine Bacillen nachweisen liessen, andererseits festgestellt, dass verschiedene pathogene Pilze an der Zerstörung der Lungen sehr wesentlichen Antheil nehmen, so wurde die Lungenschwindsucht für eine Mischinfection erklärt. In jüngster Zeit leugnet nun Prof. Middendorp die Existenz der Koch'schen Bacillen in den Tuberkeln und spricht ihnen die parasitäre ursächliche Bedeutung bei der Schwindsucht vollkommen ab, also: keine Tuberkeln mit Bacillen! — Da nun die von Virchow zuerst beschriebenen Tuberkeln als lymphoides Neoplasma nicht nur durch Inhalation von Microorganismen und tuberculösen Massen, sondern auch von Käse, Horn, Metall und Steinpartikelchen erzeugt werden können, so fasst Metschnikoff den Tuberkel als eine Reactionserscheinung auf, ein Wehrorgan des Gewebes, welches also nicht durch den Bacillus allein erzeugt zu werden braucht.

Wenn ausserdem Krankheiten ohne Bacterien vorkommen und sehr wohl vererbt werden können, wie es ja die tägliche Erfahrung lehrt, so kann man sich leicht vorstellen, dass bei der Tuberculose — die ja an das Lymphgefässsystem gebunden ist, — die specifisch kranken (tuberculösen) Keimzellen in verschiedenem Grade der Intensität vererbt und dabei ganz unbestimmte Zeit latent bleiben können, um dann ein Mal durch Bacterienproducte oder chemische Substanzen des Stoffwechsels in ihrer Wirkung sich zu entfalten. Die Folge dieser Wirkung ist locale oder allgemeine Tuberculose, woraus dann das ganze ätiologisch complicirte Bild der Schwindsucht, angefangen von der Anaemie bis zur floriden Phthisis, sich entwickeln oder in einzelnen Stadien sistiren kann. Ebenso könnten specifische Noxen bei geschwächtem Organismus und dabei intensiverem und nachhaltigerem Einwirken, das Lymphgefässsystem an irgend einer Stelle des Körpers derart alteriren, dass es zur localen Tuberculose oder sich generalisirend, zum bekannten Bilde der Schwindsucht führen kann.

Die Directive für unser Handeln ist somit klar vorgezeichnet: Vernichtung des Sputums, welches pathogene Stoffe enthält und vorherrschend — Kräftigung des Organismus.

Das sind die Punkte, auf die wir unser Augenmerk zu richten haben, und diese Ziele verfolgen die Sanatorien. Die Principien der Behandlung in Sanatorien bestehen darin, den Kranken im Ueberfluss frische sauerstoffreiche, staubfreie Luft zu verschaffen, sorgfältige Pflege und Abhärtung der Haut und in reichlicher Menge gut verdauliche Nahrung, wodurch unter streng ärztlicher Leitung der Organismus gekräftigt und widerstandsfähig gemacht wird die Krankheit zu überwinden.

Ueberfluss an frischer, sauerstoffreicher und staubfreier Luft und tiefe energische Athembewegungen.

Die tägliche Erfahrung lehrt, dass Schwindsucht am meisten bei Leuten vorkommt die sich viel in dichtbevölkerten Gegenden und in verdorbener sauerstoffarmer Athmosphäre ihrer Wohnräume aufhalten. Unter den Kranken sind es vorherrschend die Schuster und Schneider, die das grösste Contingent an Tuberculösen liefern und es erklärt sich das theilweise dadurch, dass dieselben bekanntlich in gebückter Stellung ihr Handwerk betreiben und bei ungenügendem, oberflächlichem Athmen verdorbener, an Fäulnisspilzen reicher Zimmerluft noch recht häufig sich schlecht nähren.

Das auch bei dem stärksten Ausathmen in den Lungen zurückbleibende Quantum Residualluft, welche also mit Kohlensäure vermischt ist, beträgt je nach der Grösse des Menschen $1\frac{1}{2}$—3 Liter. Bei gewöhnlichem Einathmen wird etwa $\frac{1}{2}$ Liter Luft in die Lunge eingesogen, bei oberflächlichem $\frac{1}{4}$ Liter, bei tiefem energischem aber bis $1\frac{1}{2}$ Liter. Da nun die Luft aus 21 Theilen Sauerstoff und 79 Theilen Stickstoff besteht, so sieht man klar, welchen enormen Nachtheil ein oberflächliches Athmen bringen kann und dieser Nachtheil wird noch bedeutender, wenn die eingeathmete Luft verdorben, kohlensäurereicher und sauerstoffärmer geworden. Diese deletäre Wirkung äussert sich zunächst auf das Lungengewebe und zwar auf seine Lymph- und Blutgefässe. Je weniger andererseits das rothe Blutkörperchen kräftigen Sauerstoff über den ganzen Organismus verbreitet, desto schwächer wird das Gewebe, desto widerstandsunfähiger seine Energie. Es ist ferner

[14]) Haupt l. c.

selbstverständlich, dass auch gewisse Veränderungen der Blutmischung einen grossen Einfluss auf die Beschaffenheit der Gefässwand ausüben müssen, die Reize und die Arbeit der Gefässwand werden modificirt, an die sich dann leicht Degenerationsprocesse anschliessen können. Bei den neuesten Versuchen von London [15] (St. Petersburg) über den Einfluss behinderter Athmung, welche dadurch hergestellt wurde, dass Kaninchen tracheotomirt und die Canülen mehr oder weniger abgeklemmt wurden, schwanden die bactericiden Eigenschaften des Blutes oder wurden stark vermindert. Diese Experimente sprechen gleichfalls deutlich für die wichtige Rolle, welche die frische sauerstoffreiche Luft für den Organismus spielt und wie gerade eine verdorbene kohlensäurehaltige Luft überfüllter Räume, speciell die Lungen, die auf gute Luft angewiesen sind, schwächen.

Die günstigsten Bedingungen für frische und staubfreie Luft im Ueberfluss kann uns das wenig bevölkerte Gebirgsland und der Meeresstrand bieten [16]). Viel Sonnenschein, waldreiche, malerische Gegend an einem schönen See ist wohl das Ideal für Lungenkranke. Die Atmosphäre darf nicht feucht sein. Feuchte und heisse Luft ist schädlich, weil die Feuchtigkeit die erschlaffende Wirkung der Hitze verstärkt. Feuchte und kalte Luft disponirt zu Erkältungen und erzeugt das Gefühl des Fröstelns, weil die Feuchtigkeit die Hautperspiration herabsetzt.

Am schwersten sind die Bedingungen einer frischen Luft in den bevölkerten Städten, in den grossen Steingebäuden zu verschaffen, doch lässt sich für Lungenkranke auch hier eine Heilstätte bereiten; die riesigen Häusercomplexe des Brompton Hospital in London liefern einen Beweis dafür. Natürlich sind die Ventilationsvorrichtungen daselbst derart, dass die Luft in den Zimmern fortwährend erneuert wird. Bei mangelhafter Ventilation muss das häufige Offenbleiben der Fenster die Luft stets frisch erhalten. Vor Staub kann man sich schützen durch an die Fenster angebrachte Rahmen, die mit Marly oder einem ähnlichen Stoff überzogen sind. Das Schlafzimmer des Kranken darf im Laufe des Tages **nicht** benutzt werden, dasselbe muss den Tag über gründlich gelüftet werden. Sollte der Kranke ans Bett gebunden sein, so muss er mit demselben den Tag über in einem anderen Zimmer sich aufhalten. Das Offenbleiben der Fenster während der Nacht ist auch in Petersburg während der Winterzeit möglich. Es sind viele Damen, die die Fenster in der Nacht nicht schliessen, wenn die Aussentemperatur auch 26° beträgt. In den meisten Fällen genügt ein gründliches Lüften der Schlafzimmer am Tage. Der Cubikinhalt eines Schlafzimmers darf nicht kleiner sein als 50 cbm. Die Einrichtung der Zimmer braucht durchaus nicht zu entbehren der Vorhänge, Teppiche, Bilder, Blumen und anderer Kleinigkeiten, die zur Gemüthlichkeit des Patienten beitragen. Es ist die erste Bedingung bei der Behandlung dem Kranken seine Wohnung so gemüthlich wie möglich, einzurichten, das ist ein nicht zu unterschätzender Factor bei der Therapie. Aber der wichtigste Factor bleibt doch die Ausnutzung der frischen Luft; beim Wechseln der Zimmer muss der Kranke in der frischen Luft zu wiederholten Malen tiefe Inspirationen machen.

Sorgfältige Hautpflege und Abhärtung der äusseren Haut.

Wenn die Lungenkranken nicht in eine Unmasse von Tücher gehüllt, sondern Kleidungsstücke benutzen, die die Perspiration der Haut nicht stören, so kommt auch die Aussenluft mittelbar an die Oberfläche und übt einen Reiz aus auf die Hautnerven, der sich reflectorisch auf die Circulationsverhältnisse der inneren Organe erstreckt. Es ist das noch ein sehr wenig bearbeitetes Gebiet. Die Versuche von Brown-Sequard [17]) erklären manche Erscheinungen, wenn wir durch sie erfahren, dass die Reizung vom Wadennerven eine Contraction der Meningealgefässe erzeugt. Das Anlegen von Senfteigen an die Waden bei Kopfcongestionen der Kinder erhält durch diese Versuche eine Erklärung. Diese Versuche zeigen aber auch, dass Hautreize auf die Circulation einen Einfluss ausüben, die Circulation regeln und somit die Function der Organe reguliren. Der Reiz der Hautnerven an den verschiedenen Theilen des Körpers muss somit die Circulationsverhältnisse aller Organe reguliren, was man aus dem Effect unserer Handlungsweise schliessen muss; das Allgemeinbefinden bessert sich sichtlich, die einzelnen Organe beginnen regelmässiger zu functioniren, namentlich wird aber der Stoffwechsel gehoben.

Als eine Form der oberflächlichen Reizung der Hautnerven muss man die «trockenen Abreibungen» des ganzen Körpers betrachten. Im Hospital bei mir werden sie folgendermassen ausgeführt. Nachdem der eine Arm entblösst ist, wird derselbe mit einem trockenen Handtuch (Frottirhandtuche-, handschuhe oder blosser trockener Hand) nach allen Richtungen circa 12 Mal leicht frottirt, doch so dass der Kranke dabei keine Schmerzen empfindet; darauf kommt der andere Arm, die beiden Beine abwechselnd, zuletzt der Rücken und die Brust und Bauchgegend. Diese Procedur wird Morgens beim Erwachen und Abends beim Schlafengehen ausgeführt. Diese Form des Hautreizes wird bei den ganz Schwachen in Anwendung gebracht oder bei denen, die vor nassen Abreibungen ängstlich sind. Schon in wenigen Tagen sieht man den Effect; das Allgemeinbefinden des Kranken bessert sich auffallend, in einigen Fällen hören die Nachtschweisse auf. Bei Reconvalescenten nach schweren Krankheiten sieht man denselben Effect. Von den «trockenen Abreibungen» geht man auf die Abreibungen mit Brantwein, Eau de Cologne über, rein oder mit Wasser gemischt. Hierauf folgen die «nassen Abreibungen», die wie die trockenen Abreibungen ausgeführt werden, nur genügt es hier 3 bis 4 Mal die Haut mit dem nassen Tuche zu benetzen, um dann trocken zu reiben, bis die Haut stark geröthet ist. Douchen werden den kräftigen Patienten verordnet. Die Temperatur des Wassers bei den Abreibungen beginnt mit 26—28 Grad um täglich um eine $^1/_2$ Grad zu fallen; je nach dem Patienten, bleibt man dann bei einer Temperatur von 16—18°.

Ausser einer Regulirung der Circulations- und Stoffwechselverhältnisse in den einzelnen Organen erreichen wir durch die beschriebenen Abreibungen auch eine Abhärtung der Haut gegen Witterungsverhältnisse. Ebenso wird nach Winternitz durch Hydrotherapie die Wirkung der Phagocytose sichtlich vergrössert. In vielen Fällen helfen Salzwasserabreibungen mit einem Gehalt an Seesalz von 2%.

Die Hautpflege spielt somit, im Verein mit dem Genuss der frischen Luft, eine grosse Rolle bei der Therapie der Lungenkranken, indem sie den Organismus stärken und indirect anregen zur grösseren Nahrungsaufnahme, worauf wir bei der Behandlung hinzielen und die bei der Mehrzahl der Kranken stark darniederliegt.

Leichtverdauliche, eiweissreiche thierische Nahrung.

«Die Küche [18]) das ist meine Apotheke», sagt mit vollem Recht Dr. Dettweiler. Nicht nur frisches Fleisch und frisches Gemüse ist allein hinreichend, die Speisen müssen auch geschmackvoll zubereitet und appetitlich servirt werden. Die viel grössere Widerstands-

[15]) Centralblatt f. d. med. W. Nr. 38 — 1896.
[16]) Eine wundervolle Lage hat das Sanatorium in Ventnor.

[17]) Benedikt Nervenpathologie. 1874.
[18]) Wegele. Die diätetische Küche. Sehr empfehlenswerth

fähigkeit der fleischfressenden Thiere gegen die Infection spricht vom theoretischen Standpunkte aus für eiweissreiche thierische Nahrung, und die practische Erfahrung steht damit durchaus im Einklang. Vegeterianer siechen schnell dahin, sobald sie tuberculös werden. Die reichliche Zufuhr verlangt bei vorwiegender Fleischkost eine abwechslungsreiche Nahrung; häufig werden kalte Speisen (kalter Aufschnitt) mit Gewürz von Appetitlosen lieber genommen, als warme. Abgemagerte werden möglichst viel leicht verdauliche Fette (Schmand, Butter, Speck, Leberthran) geniessen müssen, während fetteren Personen neben Fleischkost mehr Gemüse zuträglich ist Bier, Wein, kohlensäurehaltige Getränke sind zu gestatten. Milch darf nicht fehlen, entweder rein oder als Kephir und Kumis; das tägliche Quantum muss $1\frac{1}{2}$—2 Liter betragen. Die Vertheilung der Mahlzeiten auf den ganzen Tag muss praecisirt sein; es genügt durchaus nicht, dem Patienten zu sagen, was er essen kann, was er nicht essen soll. Der Kranke muss einen Kostzettel[19]) erhalten und die genaue Befolgung, unter Hinweis auf die Gefahren der Vernachlässigung, dringend zur Pflicht gemacht werden. Zwei bis drei Mahlzeiten im Laufe des Tages muss als unzweckmässig bezeichnet werden; es empfiehlt sich die Kranken 5—6 mal Nahrung zu sich nehmen zu lassen.

So einleuchtend es ist, welchen grossen Werth die frische Luft, die Hautpflege und ein guter Kostzettel für jeden Menschen, insbesondere für den Lungenkranken ausmachen, so ist leider diese Anschauung unter sehr vielen Aerzten des Auslandes und bei uns, noch nicht in Fleisch und Blut übergegangen. — Die grösste Sorgfalt wird wohl jetzt noch immer neben medicamentöser Behandlung auf den Spucknapf verwendet. Wenn auch derselbe eine grosse Menge gesundheitsschädlicher Substanzen enthält, die, ebenso wie unsere anderen Excrete, entfernt und unschädlich gemacht werden müssen, so ist doch das allein nicht genügend. Vor allem muss jeder Lungenkranke gleich bei der ersten Visite des Arztes auf das diätetisch-hygienische Regime aufmerksam gemacht und mit aller Strenge dazu angehalten werden. Dies gilt hauptsächlich für die Kranken, denen ein Ortswechsel oder ein Curort empfohlen wird; diese dürfen nicht eher abreisen, bevor sie nicht zur Cur trainirt sind. Ich habe die unglücklichen Kranken in der Schweiz, an der Riviera und in Zarskoje-Sselo zu sehen Gelegenheit gehabt und eine grosse Zahl von ihnen hat immer einen höshst deprimirenden Eindruck gemacht. Man sieht z B. einem kranken Familienvater mit seiner gesunden Frau, einem scrophulösen Mädchen und einem rhachitischen Buben eine kleine Wohnung miethen, die erstens nicht trocken, andererseits aufs strengste gegen alle Ventilationsvorrichtungen abgeschlossen ist. Bei der vorhandenen Kälte wird die Wohnung auf 18 Grad Wärme gehalten! Im Schlafzimmer hätte kaum eine Person das genügende Luftquantum, es schlafen aber darin vier Personen! Allerdings ist die Thür zum Nebenzimmer Tags und Nachts offen, aber dieses Zimmer ist nur um weniges grösser, als das Schlafzimmer. Der Patient sitzt den Tag über im Lehnstuhl, eingehüllt in eine Menge von Kleidungsstücken und wollener Tücher und klagt über zunehmende Schwäche, Nachtschweisse, Schlaflosigkeit, Appetitmangel und lutscht dabei die ganze Zeit Malzbonbons! Ein ganzer Packen Recepte wird Einem vorgelegt, ebenso verschiedene Säckchen mit Hafergrütze, angefangen von der gewöhnlichen Sorte bis zur Schottischen Grütze und dem americanischen Herculo. Nichts, nichts will helfen! Tiefe Inspirationen werden nicht ausgeführt, sie sollen starken Husten erzeugen. Bäder sind schon seit Monaten nicht genommen aus Furcht vor Erkältungen! — Dieses traurige Bild verändert in wenigen Tagen ein streng durchgeführtes Regime auch ohne Medicamente.

Bei der Behandlung der Lungenkranken wird man allerdings neben dem hygienisch-diätetischen Regime, auch Medicamente nöthig haben, aber nur so weit sie symptomatologisch erforderlich sind, denn ein specifisches Mittel gegen Lungenschwindsucht giebt es nicht.

Neuerdings haben die Versuche von Hahn[20]) aus dem Buchner'schen Institut in München gezeigt, dass Lösungen von Aleunoratmehl ins Blut injicirt, die weissen Blutkörperchen bis zur doppelten Menge vermehren, somit die Phagocytose erhöhen: Es ist wohl sehr wahrscheinlich, dass wir einmal eine den Verlauf der Schwindsucht günstig beeinflussende Nahrungszusammensetzung auf experimentellem Wege finden werden. Stadelmann[21]) hat sehr ermuthigende Resultate mit Chlornatrium bei tuberculöser Drüsen-, Lungen- und Darmtuberculose erhalten, ähnlich wie es schon früher Bidder beschrieben. Die altbewährten Badeorte wie Soden, Ems, Obersalzbrunnen u. a. haben ihre glänzenden Resultate gewiss unter anderem dem Umstande zuzuschreiben, dass der Körper mit Natronsalzen gesättigt, daher widerstandsfähig gemacht wird die Tuberculose zu überwinden. Wenn nun diese Bäder die Principien der grossen Sanatorien nach Art der Haus-Sanatorien in das Programm ihrer Behandlung aufnehmen, so werden sie ihre Zugkraft nie verlieren und viel zur Gesundung der Menschheit beitragen.

Die grossen Sanatorien sind nun leider nur in sehr geringer Menge[22]) vorhanden und werden wohl niemals die richtige Anzahl erreichen, daher müssen wir bei der erschreckend grossen Zahl von Schwindsüchtigen, bald möglichst eine grössere Verallgemeinerung des hygienisch-diätetischen Regimes zu erreichen trachten und vor allem danach streben, dass diese Grundsätze wenigstens in allen Hospitälern das Bürgerrecht erlangen, wie ich es bereits im Militär-Hospital in Zarskoje-Sselo eingeführt habe.

Anmerkung 1. Das Militärhospital in Zarskoje-Sselo verfügt über eine grosse Anzahl von luftigen und grossen Zimmern. Anfang November vorigen Jahres bestimmte ich eines derselben, ein grosses nach Süden gelegenes Zimmer zum Schlafzimmer der Lungenkranken und ein ähnliches zum Aufenthalte am Tage. Das Schlafzimmer, von 85 qm. Bodenfläche und 4,5 Meter Höhe, erhielt vier grosse Tannenbäume — Tannenbäume mit etwas Wurzeln und einem Durchmesser des Stammes von 4—5 ccm. sind die geeignetesten — die in Kübel mit nassem Sande gesteckt, circa 6 Wochen das Nadellaub behielten. Allabendlich wurden die Bäume, sobald der Tannenduft schwach wurde, mit einer Lösung von Ol. Pini silv. 10,3, Ol. Terebinthini pur. 30,0 Aq font. 300,0 pulverisirt. Die Temperatur im Schlafzimmer wurde auf 8—10 Grad, im Aufenthaltszimmer — wo zwei Tannenbäume standen — auf 12—14 Grad gehalten. In Abwesenheit der Kranken, wurden die Räume energisch gelüftet. Des Abends wurden die Patienten, je nach ihrem Zustande, entweder mit ihren Betten ins Schlafzimmer hineingetragen oder in die dort vorhandenen

[19]) Der bekannte Londoner Vorkämpfer für Sanatorien, Dr. Weber, hat einen empfehlenswerthen Kostzettel aufgestellt, den man in der umfangreichsten Arbeit über Behandlung von Tuberculose von Penzold finden kann.

[20]) Berichte aus der Frankfurter Naturforscher-Versammlung.

[21]) Excerpta medica. Nr. 11. 1886.

[22]) In Russland haben wir nur zwei: Halila, im Besitz Seiner Majestät, unter Leitung des Dr. Gabrilowitsch und Lindheim, gegründet von Dr. Treu, auf Anregung von Prof. Dehio in Jurjew (Dorpat), dem Vorkämpfer für Sanatorien in den baltischen Provinzen und speciell für Behandlung der Lungenkranken auf dem Lande.

frischen Betten placirt und am Morgen im Schlafzimmer oder Badezimmer trocken oder feucht abgerieben. Nachdem die Kranken am Morgen Milch oder Hafergrütze erhalten, machten die Kräftigeren eine Promenade im Coridor, wobei ihnen streng angeordnet wurde, durch die Nase zu athmen — deren Schleimhaut bekanntlich recht bedeutende bactericide Eigenschaften besitzt — während die Schwächeren in die Aufenthaltszimmer gebracht, in bestimmten Zwischenräumen tiefe Athmungen auszuführen hatten. An windstillen Tagen wurde den kräftigeren Patienten gestattet, in dem Hospitalhofe zu promeniren, selbst wenn die Kälte auch 15 Grad betrug. Ausser der gewöhnlichen Hospitalkost erhielten diese Kranken nach Verordnung Wein, Fleischzulagen, Eier und Milch in genügender Menge, aber alles in dem Maasse, dass der Magen bei jeder Mahlzeit nicht überladen wurde, also nach Zwischenräumen von 3—4 Stunden. Auf Reinlichkeit und Sauberkeit und systematisches Ventiliren wurde nicht nur in diesen Zimmern, sondern auch im ganzen Hospital aufs strengste geachtet; Spucknäpfe fehlten nirgends. — Von 28 Kranken starben 6, im Hospital verblieb 1, bei 7 trat leichte Besserung ein und 14 wurden als relativ geheilt entlassen.

Anmerkung 2. Grosse Vortheile können wir erwarten von Haus-Sanatorien in Knaben und Mädchen-Pensionaten, die bereits den Vorzug haben unter beständiger ärztlicher Leitung zu stehen. Anaemie, Bronchitis, Gastritis bei beginnender Abmagerung muss ja stets uns mahnen, die Lungen der Jugend sorgfältig zu untersuchen, und das Auftreten eines an einer Stelle fixirten scharfen Respirationsgeräusches muss uns zum sofortigen Handeln veranlassen, auch wenn keine hereditäre Anlage zu constatiren ist. Ein Aufenthalt von 6—12 Wochen im Haus-Sanatorium des Pensionats wird dann so manches junge Leben bereits im frühesten Alter kräftigen und damit auf die Nachkommenschaft günstig einwirken.

Für wenig Bemittelte liessen sich Haus-Sanatorien in Familien einrichten, wodurch zugleich eine Quelle zum Erwerb sich öffnet. Nachdem es erwiesen, dass Schwindsucht durch Athmungsluft nicht verbreitet wird, ist ja auch die Zeit vorüber, sagt von Leyden[23]), wo jeder Schwindsüchtige für den Nachbar als eine grosse Gefahr erschien, die man streng vermeiden müsse; ausserdem sind die nöthigen sanitären Maassregeln nicht schwer durchzuführen, namentlich für die leichteren Fälle. Da nun auch nach den neuesten Erfahrungen das Klima, sei es ein südliches, sei es ein Höhenklima, an sich keinen Heileffect ausübt, so würde sich leicht an vielen Orten eine gesunde Gegend mit einem Gebäude, dessen Hauptfronte nach Süden gelegen, staubfreier Luft und genügendem Schutz gegen Nord- und Ostwinde, womöglich durch einen Fichtenwald, finden lassen. Gute Luft ist erfrischend, sagt v. Leyden, kühle Luft, Gebirgsluft ist erquickend, aber sie gehört nicht zu den besonderen Heilmitteln der Krankheiten! Dabei aber muss man ja nicht vergessen, dass es viele Fälle giebt, wo der «ewig blaue Himmel» des Südens den Vorzug erhalten muss vor dem kalten schneebedeckten Norden.

In den Sanatorien werden durchschnittlich 11% als absolut geheilt entlassen und 13% als relativ geheilt d. h. solche, die sich so gut wie gesund fühlen, arbeitsfähig sind, wenn sie auch Keime der Krankheit in sich tragen. Die Zahl der Geheilten in den Sanatorien ist aber deshalb noch so gering, weil die Kranken in der Regel zu spät erst diese Heilstätten aufsuchen. Die Haus-Sanatorien werden im Stande sein, die Zahl der Geheilten um ein bedeutendes zu vergrössern und rascher dem hygienisch-diätetischen Regime die so nöthige allgemeine Verbreitung zu verschaffen. Dabei sind aber die Worte Sonderegger's für jeden Kranken nicht zu vergessen, sondern im Gegentheil sehr zu beherzigen:

«Nicht das, was wir für vier Wochen thun, während wir in ärztlicher Behandlung oder an einem Kurorte sind, sondern das, was wir alle 52 Wochen durch treiben, entscheidet unser Schicksal!»

[23]) v. Leyden. Die Versorgung tuberculöser Kranken. 1894.

Ueber die Lage des Aerztestandes mit besonderer Rücksicht auf die Aerztekammern in Deutschland

Von

Dr. Hermann Meyer.

Nach einem Vortrage, gehalten im Talsenschen Aerztevereine.
(Schluss).

In Bayern wird laut königlicher Verordnung vom 10. August 1871 in jedem Regierungsbezirke aus Delegirten der ärztlichen Bezirksvereine eine Aerztekammer gebildet u. z. senden Bezirksvereine mit 25 Mitgliedern einen Delegirten, solche mit 50 Mitgliedern zwei, diejenigen mit mehr als 50 Mitgliedern drei Glieder zur Bildung der Aerztekammer. Dieselbe tritt alljährlich am Sitze der königlichen Regierung, Kammer des Innern zusammen, und beräth Fragen, welche die ärztliche Wissenschaft, Gesundheitspflege oder die Vertretung der Standesinteressen berühren. An diesem vom Staatsministerium zu bestimmenden Sitzungstage wird auch in der Kammer der Delegirte gewählt, der die Aerztekammer bis zur nächsten Sitzung beim Obermedicinalausschusse[11]) zu vertreten hat.

Die Mitglieder der Aerztekammer wählen aus ihrer Mitte einen Präses, dessen Stellvertreter und Schriftführer für die Zeit ihrer Sitzung, welche nicht länger als 8 Tage währen soll. Der Regierungspräsident kann unabhängig davon die Berathungen aufheben. Ferner kann ein von der Regierung ernannter Commissar den Sitzungen beiwohnen mit dem Rechte, das Wort zu haben, doch ohne Stimmberechtigung. Die Aerztekammer kann sich direkt mit ihren Angelegenheiten an das Staatsministerium wenden. Angereiste Delegirte erhalten von ihren Bezirksvereinen aus deren Kassen Reisespesen. Diese Bezirksvereine sind freie Vereinigungen der Aerzte des Bezirks, ausgenommen diejenigen unter ihnen, die der bürgerlichen Ehre verlustig oder im Concurse sind, sonst darf keinem geprüften Arzte der Eintritt versagt werden. Der Zweck der Bezirksvereine besteht in «Förderung des wissenschaftlichen Strebens bei den Mitgliedern durch regelmässige Zusammenkünfte, Vorträge, Besprechungen, Einrichtung von Lesezirkeln, Bibliotheken, u. s. w., dann in Wahrung der Standesehre der Mitglieder und in Schlichtung von Streitigkeiten unter denselben durch ein Schiedsgericht.» In den Statuten sind Aufnahmebedingungen, Rechte und Pflichten der Mitglieder enthalten, Ort und Zusammensetzung des Schiedsgerichts, sowie Organisation des Vorstandes. Die Höhe der Beiträge, Kassen- und Rechnungswesen ordnet der Verein selbst. Anders als in Preussen, wo nach § 5 der Statuten eine Diciplinargewalt der Aerztekammer besteht, welche ausserdem mit Einführung der neuen Ehrengerichtsordnung in Wegfall kommen soll, üben die Aerztekammern in Bayern keine Disciplinargewalt über ihre Mitglieder aus, doch können sie nach § 12 des Regulativs vom 9 Juli 1895, «unwürdigen Aerzten den Beitritt verweigern oder sie ausschliessen, wenn sie sich des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken im Verein nicht erwarten lassen». Da Bayern 8 Regierungsbezirke besitzt, so tagen ebensoviele Aerztekammern.

Im Königreiche Sachsen bestehen nach Erlass des Regulativs vom 29. Mai 1872 1. Aerztliche Bezirkvereine, 2 Kreisvereine, 3. Kreisvereinsausschüsse. In jedem Regierungsbezirke befindet sich ein Kreisverein und dessen Ausschuss, welche letzterer seine Mitglieder aus den Bezirksvereinen bezieht, von denen solche bis zu 25 Mitgliedern einen, solche bis zu 50 Mitgliedern zwei, solche mit über 50 Mitgliedern drei Delegirte für den Kreisvereinsausschuss wählen[12]).

Die Gesammtheit aller Bezirksvereine bildet den Kreisverein, der die Wahlkammer bildet, aus der die 8 Glieder hervorgehen, die als «ausserordentliche Collegen des Medicinalkollegiums» diesem letzteren zugeordnet werden.

Betrachten wir diese Körperschaften einzeln nach ihren Functionen, so haben die Bezirksvereine, denen alle approbierten Aerzte des Bezirkes auf Aufforderung des Bezirksarztes (in Staatsdiensten stehend) beitreten können, die Ob-

[11]) Centralbehörde unter dem Staatsministerium des Innern stehend, Organ des Medicinalwesens und der Medicinalpolizei.
[12]) Derselbe Modus wie in Bayern.

liegenheit, Angelegenheiten des Sanitätswesens, welche vom Landes-Medicinalkollegium zur Berathung übergeben werden, zu besprechen und darüber ihren Delegierten im Kreisvereinsausschusse Instruktionen zu geben; auch können sie selbst den betreffenden Unterbehörden Vorschläge machen. Die Kreisvereine sind nur Wahlkörper für die 8 ausserordentlichen Mitglieder des Medicinalkollegiums, die auf 4 Jahre gewählt, alljährlich zwei ausscheiden lassen, wofür Ergänzungswahlen statt finden.

Die Kreisvereinsausschüsse, bestehend aus den Delegierten der Bezirksvereine und den 8 ausserordentlichen Mitgliedern des Medizinalkollegiums, sind berathende, beziehentlich beschliessende Körperschaften zur «Wahrung und Vertretung der gemeinsamen Interessen des ärztlichen Berufsstandes überhaupt sowie der Interessen und Angelegenheiten des betreffenden Kreisvereins. Sie sind in der gedachten Eigenschaft dazu berufen, sich mit allen solchen Angelegenheiten zu befassen, welche entweder die ärztliche Wissenschaft und Kunst, oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, oder auf die Wahrung und Vertretung der bürgerlichen und Standesinteressen der Aerzte sich beziehen».

Die Delegirten der Bezirksvereine zum Landes-Medicinalkollegium erhalten 3 Thaler täglich Diäten für die Dauer der Sitzungen.

Das ganze Elaborat über diese Organisation der Aerzte in Sachsen ist ungemein weitläufig und verzwickt, überladen mit Wahlformalitäten und mit seinem schwülstigen Stil ein schönes Stück bureaukratischen Zopfes. Daneben hat sich diese Organisation bei den auch in Sachsen sich einstellenden Unzulänglichkeiten und Auswüchsen, die als Zeichen eines Nothstandes unter den dortigen Aerzten zu Tage traten, als ungenügend für die Beseitigung der Schäden erwiesen, und soll einer Neuordnung Platz machen.

Das neue Projekt statuiert zunächst für alle praktischen Aerzte einen Zwangseintritt in die Bezirksvereine. Neben den alten Obliegenheiten werden diese in Zukunft besonders die Pflicht haben, auf die Aufrechterhaltung und Stärkung der Standesehre, der Pflege des gedeihlichen collegialen Verhältnisses und die Schlichtung der unter den Standesgenossen entstandenen Streitigkeiten ausdrücklich zu achten. Zu dem Behufe wird ein Ehrenrath gebildet, der folgende Erkenntnisse abgeben kann:

1. Einstellen des Verfahrens bei pendenter gerichtlicher Untersuchung. 2. Freisprechung. 3. Verurtheilung zu a) Warnung, b) Verweis, c) Geldstrafe von 20—1500 Mark. d) Aberkennung des Wahlrechtes. Veröffentlichung des Urteils. Der Ehrenrath besteht aus 3 Vereinsgliedern, und gegen seine Entscheidungen steht dem Verurtheilten innerhalb 14 Tagen eine Appellation an den Disziplinarhof[13]) zu.

Damit nur nicht ein harmloser Arzt Sachsens ungeahnt in sein Verderben gehe, ist auch eine Standesordnung für die Aerzte daselbst ausgearbeitet worden. In derselben ist zuvor in alter Weise dasjenige aufgeführt, was dem Arzte wohl anständig zu Gesichte steht: dann werden die Sünden und Vergehungen aufgezählt, vor denen er sich zu hüten hat: Oeffentliche Reklame, dauerndes Anbieten durch öffentliche Blätter und Plakate, Kauf und Verkauf ärztlicher Praxis oder derartige Maklergeschäfte, unechtes Spezialistenthum, Geheimmittelunwesen, Deckung von Kurpfuscherei und von nichtärztlichen Kuranstalten mit dem ärztlichen Namen u. s. w.

Hierauf folgt der Comment für den gegenseitigen Verkehr, für die Uebernahme von Patienten anderer Aerzte und das Zusammenwirken mit Collegen am Krankenbette: zuletzt ist die Bestimmung aufgenommen, dass Kontrakte von Aerzten mit Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen zur Sanktionirung zuvor den Aerztekammern unterbreitet werden sollen.

Wir sehen somit, dass die Aerzte im Königreiche Sachsen am weitesten in ihrer Organisation gediehen sind, und es steht täglich zu erwarten, dass die Neuordnung der Angelegenheiten die königliche Sanktion erhält, um eingeführt zu werden.

Aus dem angeführten Sündenregister ist aber ersichtlich wie «unjemietlich» die Lage in den ärztlichen Kreisen Sachsens allgemach sich gestaltet hatte.

Da nun die Krankheiten derselben aufgedeckt und ein Heilmittel durch die Ehrenraths-Verordnung geboten ist, so wäre zu wünschen, dass eine baldige Assanierung des dortigen Aerztestandes die Folge sein möge; eines kann man sicherlich erwarten, dass jenes Unwesen, wie es die Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen mit den Aerzten im Unterbieten getrieben, aufhören wird.

[13]) Diese Instanz entscheidet endgiltig und ist zusammengesetzt aus einem höheren Verwaltungsbeamten als Präses und vieren dem Aerztekammerausschusse angehörigen Gliedern; zwei von denen müssen im Ehrenrathe in der Sache funktionirt haben.

In Württemberg treten laut Verfügung vom 30. December 1875 die Aerzte des Landes nach freier Entschliessung zu Bezirksvereinen zusammen, deren es 8 giebt, die wiederum in ihrer Gesammtheit den Landesverein bilden. Der Zweck derselben ist, wissenschaftliche Vorträge zu halten, Besprechungen über sanitäre Maassnahmen zu pflegen und die Berufsinteressen des ärztlichen Standes zu wahren, auch können sie Vorschläge den Landesbehörden machen, oder berathen deren Vorlagen. Jeder Bezirksverein wählt seinen Delegierten für den Ausschuss des ärztlichen Landesvereins auf 3 Jahre. Diesem aus 8 Gliedern bestehenden Ausschusse liegt es ob, sich mit Fragen und Angelegenheiten zu befassen, «welche entweder die ärztliche Wissenschaft und Kunst» etc. (folgt verbotenus der Passus in der Sächsischen Verordnung; etc.) Einmal jährlich zieht das Ministerium oder das Medicinalkollegium den Ausschuss zu Berathungen heran, derselbe kann jedoch auch selbst Vorschläge einreichen. Ein Disciplinarverfahren ist nicht vorgesehen, doch hat der Ausschuss in seiner Sitzung vom 16. November 1895 beschlossen, beim Ministerium um ein Disziplinarrecht der Vereine nachzusuchen.

Die Aerzte in Baden haben nach der Landesherrlichen Verfügung vom 7. October 1864 das Recht, einen Ausschuss aus ihrer Mitte zu wählen zur Mitwirkung bei Handhabung der Disziplin und zur Wahrung ihrer Interessen. Der Ausschuss zählt acht Mitglieder, und kann jeder Arzt gewählt werden, der nicht unter disciplinarem oder strafrechtlichem Verfahren steht, ebenso werden auch 8 Ersatzmänner gewählt, indem das Ministerium des Innern die Wahlzettel in geschlossenem Briefe von jedem Arzte durch den Bezirksarzt einsammeln lässt. Der «Obmann» des Ausschusses ist Mittelsperson zwischen Ministerium und Ausschuss, der seit Verordnung vom 6. December 1883 unter dem Vorsitze eines vom Ministerium des Innern bestimmten höheren Beamten auch als Disziplinarkammer die Zurücknahme der Approbation beschliessen kann, sowie gegen Aerzte, welche ihre Pflicht verletzten, oder durch ihr Verhalten der Achtung, die ihr Beruf erfordert, sich unwürdig zeigen, auf Warnung, Verweis, Geldstrafe bis 200 Mark und Entziehung des Wahlrechts erkennen darf. Die Appellation ist beim Ministerium des Innern anzubringen.

In Hessen besteht seit 1876 ein Centralausschuss der Aerzte in folgender Zusammensetzung:

1. Ein Vorsitzender nebst Mitgliedern der Ministerialabtheilung für öffentliche Gesundheitspflege.
2. Ein Mitglied der medicinischen Facultät.
3. Je zwei Abgeordnete der Kreisvereine jeder Provinz, im ganzen 6, auf zwei Jahre gewählt.
4. Ein Direktor einer Landesirrenanstalt.
5. Andere Sachverständige.

Der Centralausschuss hat allgemeine medizinische Fragen und Angelegenheiten, öffentliche Gesundheitspflege, Normirung der Taxe und Standesangelegenheiten zu berathen. Die ärztlichen Kreisvereine sich selbst organisirend sind berathende Organe über ministerielle Vorschläge, oder sie legen selbst Projecte über Reorganisation oder Neuschaffung von Instituten und Verordnungen dem Ministerium vor. Eine Disciplinargewalt scheint nicht vorgesehen zu sein.

In Braunschweig bestehen seit dem 25. October 1865 folgende Einrichtungen:

Die Aerzte des Landes werden durch eine Kammer der Aerzte vertreten, welche unter der Oberaufsicht des Staatsministeriums steht, ein Regierungskommisar ist bei den Sitzungen zugegen und hat in ihm dazu geeigneten Fällen das Recht, ein Veto gegen die Weiterberathungen einzulegen, nur in Disciplinarfragen darf er sich nicht mischen.

Der Geschäftskreis der Aerztekammer wird in Folgendem abgegrenzt:

1. Führung der Aerzte-Rollen.
2. Wahrnehmung der Standesinteressen durch Anträge an die Landesregierung.
3. Die Sorge für Erhaltung und Entfaltung eines würdigen Standesgeistes, Aufrechterhaltung der inneren Ordnung unter den Aerzten mit der Befugniss Disziplinarverfügungen zu erlassen; gegen die durch die Kammer vertretenen Medicinalpersonen wegen ordnungswidrigen oder unangenehmen Verhaltens Disciplinarstrafen zu erkennen, den Streitigkeiten unter ihnen vorzubeugen oder eine gütige Beilegung zu versuchen, eventuell über Beschwerden unter einander zu entscheiden.
4. Ueber Gegenstände der Medizinalverwaltung Gutachten abzugeben.
5. Gutachten über Honorarstreitigkeiten und Differenzen bei Anwendung der Apothekertaxe abzufassen.
6. Beschwerden dritter Personen in Sachen des von den durch die Kammer vertretenen Medicinal-Personen ausgeübten Berufs zu erledigen.

Nach Anhörung der Betheiligten kann die Kammer folgende Strafen verfügen: 1. Warnung. 2. Geldstrafen bis 150 Mark. 3. Schriftliche Verweise. 4. Verweise vor versammelter Kammer. 5. Verlust des Stimmrechtes und der Wählbarkeit auf

ein Jahr. 6. Androhung des Antrages auf Suspension. 7. Antrag auf Entziehung der Venia practicandi. Gegen die Verfügungen der Kammer kann Rekurs an den Disciplinarhof[14]) eingereicht werden.

Ist die Schuld eines Arztes erwiesen, so scheidet derselbe aus der Kammer aus, wenn er auf Vergehen mit den Strafen belegt war, wie sie sub 3, 4, 5, 6 und 7 vorgesehen sind.

Sämmtliche Aerzte haben den Kammerverfügungen gehorsam zu sein, sonst erfolgen Ordnungsstrafen, und bei Feststellung von Thatsachen haben gegebenen Falles die Staatsanwälte der Kammer Folge zu geben.

Suspension kann verhängt werden wegen wiederholter grober Nachlässigkeit in der Ausübung des Berufes, bei Missbrauch desselben zu unerlaubten Zwecken, bei wiederholter Ueberschreitung der zuständigen Befugnisse, bei anstössigem Lebenswandel, namentlich Trunkfälligkeit, und bei erfolgter Bestrafung wegen eines nach der öffentlichen Meinung entehrenden Verbrechens. Die Suspension kann die Dauer eines Jahres nicht überschreiten. In Braunschweig besteht somit bereits seit 30 Jahren eine Aerztekammer mit genau geregelter Disciplinarbefugniss.

Auch Oldenburg hat seit 1892 seine Aerztekammer, die aus einem Vorsitzenden, dessen Stellvertreter und einem Schriftführer nebst zwei Beisitzern besteht und aus den Mitgliedern des Aerztevereins im Herzogtum gewählt wird. Die Befugnisse betreffen allgemeine ärztliche Angelegenheiten; eine Disziplinargewalt ist nicht vorgesehen.

Hamburg hat seit dem 1. Januar 1895 eine Aerzteordnung, deren Regeln die bekannten ärztlichen «Verpflichtungen» normiren. Die Aerztekammer besteht aus 15 Aerzten; deren Vorstand, bestehend aus einem Praeses, zwei Stellvertretern desselben und zwei Schriftführern bildet eine Art Disziplinarhof, der in gegebenen Fällen Warnung, Verweis und Aberkennung des activen und passiven Wahlrechts auf Zeit oder dauernd verhängen kann. Zur Aburteilung ist nach erfolgter Vernehmung und Verteidigung $^3/_4$ Majorität erforderlich. Appellation erfolgt an die gesammte Aerztekammer, dort entscheidet endgiltig $^2/_3$ Majorität.

Die übrigen Deutschen Bundesstaaten behelfen sich noch ohne Aerztekammern mit staatlicher Organisation.

Nach dem vorstehend gesagten ist ersichtlich, dass die grösseren Deutschen Bundesstaaten in der Organisation des Aerztestandes mehr oder weniger weit vorgeschritten sind. Voran steht das Königreich Sachsen mit Aerztekammern, einer Standesordnung und dem Ehrenrathe, der recht erhebliche Strafen verfügen kann; dann folgt Preussen, zwar noch ohne Standesordnung für die Aerzte, deren Kammern und Ehrengerichte jedoch analog den Sächsischen in ihrem Verfahren sind, nur die höhere Geldpön bis 3000 Mark erkennen dürfen. Dann folgt Baden, wo der Ausschuss der Kammer ehrengerichtliche Funktionen übt, ebensolche Strafen, wie in den vorgenannten Staaten verfügen kann, aber sehr geringen Geldsatz im Vergleiche mit jenen als Strafe festsetzt. Hierauf folgt Braunschweig mit seiner alten Ordnung in der Organisation der Aerztekammern mit ähnlichen disciplinaren Befugnissen, wie die bereits angeführten Staaten, doch ohne Geldstrafen zu bestimmen. Endlich ist Hamburg zu nennen, dessen Aerztekammervorstand als eine Art Disciplinarhof die sonst üblichen Strafen aber auch keine Geldpön statuiren kann.

Bayern besitzt nur eine relative Disciplinarordnung der Kammern, Württemberg, Hessen, Oldenburg haben nur Aerztekammern ohne Disciplinargewalt.

In den Statuten aller Aerztekammern ist zunächst deren wissenschaftlicher Charakter an erster Stelle hervorgehoben, dann folgen die Verordnungen über das moralische Verhalten der Aerzte, nur in Baden und Hamburg sind die Berufspflichten und Anforderungen in sittlicher Beziehung vorangestellt bei der Abfassung der Kammergesetze.

Während Baden und Braunschweig schon in der Mitte der sechziger Jahre ihre Aerztekammern ins Leben riefen, folgten die übrigen Staaten erst später nach; für eine einheitliche Organisation des Deutschen Aerztestandes hat der nunmehr verstorbene Dr. G r a f , ein unermüdlicher Kämpfer für diese Sache, 19 Jahre lang vergeblich im Deutschen Abgeordnetenhause Mahn- und Bittworte gesprochen, ohne an massgebender Stelle Gehör zu finden, während es von Jahr zu Jahr immer ersichtlicher ward, dass der Aerztestand in Deutschland sich in einem Nothstande befand und in stetigem Niedergange begriffen war. Die Zeichen dafür lagen ja klar zu Tage: Unstatthafter Wettbewerb, unlautere Reklame, falsches Spezialistenthum, Attestunwesen, Stellenkauf und Unterbietungen gaben zu häufigen Klagen in wohlgesinnten ärztlichen Kreisen Veranlassung. Die Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nutzten in schmachvoller Weise den Wettbewerb aus, indem sie elende Minderbote ausschrieben, und bei der grossen Konkurrenz fanden sich leider Aerzte, die zu den geringen Spottpreisen solche Stellen annahmen. Es fehlte den Aerzten, um gegen ein solches Gebahren mit Erfolg aufzutreten, die Einigkeit, und selbst in Berlin zersplitterte sich der Aerztebestand in drei Vereine, trotzdem dass der verewigte Professor v. B a r d e l e b e n mit seiner ganzen Person für Einmüthigkeit und Ausgleich der Gegensätze eintrat. Auch die Aerztekammern waren machtlos, den Uebeln zu steuern, denn die 400 gemassregelten Aerzte Berlins prakticiren den Aerztekammern und ihren Beschlüssen trotzend unbehelligt weiter. Es bleibt nun abzuwarten, was das neue Ehrengericht mit ihnen beginnen wird. Zum grossen Theil sind ja diese Misstände durch die Ueberzahl von Aerzten in Deutschland hervorgerufen; warnen doch schon seit Jahren die Aerztekammern vergeblich die jungen Leute, in allzugrosser Zahl sich dem Studium der Medizin zuzuwenden, und der Staat ist bestrebt durch Erhöhung der Anforderungen beim medicinischen Schlussexamen den Zudrang einzudämmen.

Bei der bestehenden Konkurrenz ist es dem jungen Arzte äusserst erschwert, eine auskömmliche Praxis sich zu erwerben, dazu kommt, dass durch die Krankenkassen ein grosser Theil des besser zahlenden Publikums zur Nutzniessung ärztlicher Behandlung mit sehr geringen Sätzen gelangt ist. Diese Krankenkassen, welche von selbstlosen Aerzten unter eigenen Opfern und vielen Mühen zum Besten ärmlicher Patienten ins Leben gerufen wurden, haben sich als böse Geschwüre am Körper des Aerztestandes herausgebildet. Die Kassenvorstände haben die Personensätze immer mehr herabgedrückt und die Aerzte zu demüthigenden Konzessionen gezwungen. Viele aus den wohlhabenden Klassen der Bevölkerung haben sich nicht geschämt zu Ungunsten der Aerzte die minimalen Taxen der Krankenkassen für sich auszunutzen, indem sie den letzteren beitraten. Wenn irgend wo, so ist hier die Nächstenliebe der Aerzte mit krassem Undanke gelohnt worden.

Eine weitere Schädigung des Aerztestandes brachte die 1883 für das Deutsche Reich geschaffene Gewerbeordnung, deren § 6 «die Ausübung der Heilkunde» zwar nicht zu den Gewerben rechnet, somit die Aerzte logischer Weise derselben nicht unterwirft, aber die gewerbemässigen Heilkünstler vulgo Kurpfuscher auch frei durchgehen lässt, denn sie treiben ja auch «Ausübung der Heilkunde». Ein Zwang des Befähigungsnachweises besteht für diese Leute auch nicht, was ja auch ein Nonsens wäre, und sie den Aerzten mehr oder weniger gleich stellen würde.

Hierdurch ist nun der erwerbsmässigen Kurpfuscherei ein grosser Vorschub geleistet, und sie floriert daher auch in Deutschland mit und ohne Heiligenschein a la Abs und a la Kneipp. Merkwürdiger Weise stellte sich das Reichsgericht in einer Entscheidung vom 31. Mai 1894 auf den Standpunkt, dass unter Umständen die aerztliche Thätigkeit wohl als Gewerbe zu betrachten sei, sodass unter dem Eindrucke dieser unklaren Auffassungen und mit Begünstigung der Kurpfuscherei «ein zunehmender Theil der approbirten Aerzte, nachdem die früher angeordnete Vereidigung bei der Approbation in Wegfall gekommen und bei der Ausübung der Heilkunde der Kurpfuscherei und dem medicinischen Schwindel Thür und Thor geöffnet ist, sich nicht mehr an besondere Berufspflichten als gebunden erachtet, die Heilkunde vorwiegend vom financiellen Standpunkte betreibt und sogar unter Verleugnung der Erforschung der auf W a h r h e i t begründeten Wissenschaft und ärztlichen Standesehre in das Lager der L ü g e und des S c h w i n d e l s mit fliegenden Fahnen und Aushängeschildern übergetreten ist[15])».

In Schweden ist der Aerztestand noch nicht von den schädlichen Strömungen durchzogen, welche in Deutschland so unerfreuliche Veränderungen der Beziehungen zwischen Arzt und Publikum und zwischen den Aerzten unter einander hervorgerufen haben; dort waltet noch grossentheils die Art der guten alten Zeit.

Die Aerzte gehen für gewöhnlich aus den gebildeten Mittelklassen hervor und zeichnen sich durch ein starkes Gefühl der Solidarität aus. Das Publikum stellt den Arzt hoch, doch seine Einnahmen sind ihm bescheiden zugemessen[16]) und wenn auch unter den Aerzten Schwedens kein Pro-

[14]) Der Disciplinarhof besteht aus einem richterlichen Beamten der Regierung, einem Mitgliede des oberen Sanitätskollegiums, einem Mitgliede aus der Aerztekammer. (Für die Sitzung scheidet dasselbe aus der Kammer aus).

[15]) Dr. Oscar Schwarz. Zeitschrift für sociale Medicin. Heft I, pag. 13.

[16]) Die Taxe als Minimaltarif gefasst ist folgende: Für eine Consultation beim Arzte 1 Krone = 50 Kop. Ein Krankenbesuch 2 Kronen = 1 Rbl. Nachts die Hälfte mehr. Fahrten bis zu einer Meile $6^1/_2$ Kronen = $3^1/_4$ Rbl. Auch eine Zeittaxe existiert, die pro Stunde 2 Kronen = 1 Rbl. normirt. Eine Geburt 5 bis 25 Kronen = $2^1/_2$ bis $12^1/_2$ Rbl. Chirurgische Eingriffe sind nicht vorgesehen. In der freien Praxis, namentlich in grösseren Städten ist das Doppelte dieser Minimaltaxe üblich.

letariat bisher zu finden ist, so hat der junge Mediciner doch schon den harten Kampf ums Dasein durchzumachen. Die alte Institution der Hausärzte besteht zwar noch vielfach, geht aber zurück, das Publikum wird wankelmüthig, und ein übermässiger Zudrang zum Studium der Medicin zeitigt ein entschiedenen Niedergang des Aerztestandes. Also auch in Schweden beginnen sich die Verhältnisse der Aerzte zum Schlimmern zu wenden.

Legen wir nun den Wanderstab, der uns während der Betrachtung der Lebenslage und der Standesfragen der Aerzte in den wichtigsten Staaten begleitet hat, aus der Hand, um Rückschau zu halten, so suchen wir vergeblich in der Erinnerung mit Ausnahme von Spanien, wo Aerzte und Publikum in behaglichem Quietismus leben, ein erfreuliches Bild ohne trübe Schatten schon bestehender oder bereits drohender Verschlimmerung der Lage des Aerztestandes fest zu halten. Die pekuniäre Lage der Aerzte in Frankreich und England ist zwar eine befriedigende; gesichert durch altes Herkommen und gute Honorartaxen, die letzteren kaum benutzt, da die Patienten gewöhnlich mehr zahlen, sodass hier fast der Spruch zur Wahrheit werden könnte: «Dat Galenus opes». Der Stand der Aerzte steht in England in hohen Ehren, leise nur beginnt die Konkurrenz im Honorarwesen nachzugeben, während Frankreich den alten Glanz der socialen Stellung seiner Aerzte mehr und mehr dahinschwinden sieht. Auch hier nutzen Personen aus der Haute volée die Krankenkassen aus, wie in England Leute aus dem High life die freien Ambulanzen einzelner Hospitäler oder die reiche Dame in Berlin den armen Krankenkassenarzt. Auch in Schweden spürt man die Zeichen drohenden Niederganges, im Deutschen Reiche und in Oesterreich jedoch haben die Ueberzahl von Aerzten und vielfache andere sociale Schäden eine Misère des Aerztestandes herbeigeführt, und die Hilfe des Staates muss für seine bedrängte Lage eintreten. Fast in allen Staaten, in Frankreich und Amerika trotz der Gesetze gegen die Kurpfuscher, wie in Deutschland ohne solche, drängt die Quacksalberei die Aerzte aus ihrer Position und das ganze Heer der Naturheilkundigen geht unter lebhafter Unterstützung seitens des Publikums gegen die Schulmedizin mit Posaunentönen der Reklame, nicht selten von Aerzten unterstützt, vor, und ein ärztlicher Nihilismus verwirrt die gesunden Anschauungen der Laien. Farbwerke und Serumfabriken treiben unwürdige Reklame mit ihren Mitteln, ziehen ärztliche Gutachten mit in ihr Unwesen hinein, und im eigenen Lager der medizinischen Welt artet der Prioritätenstreit öfters in eine hässliche Kampfesweise aus.

Der Staat, von dem Bewusstsein getragen, dass der Aerztestand seit Jahrhunderten seine Rechte und seine würdige Stellung selber gewahrt, zögerte, thatkräftig einzugreifen, bis er in Deutschland dem vielfachen Drängen der Aerzte nachgebend für Preussen die Ehrengerichte, für Sachsen dazu eine Standesordnung als Abhilfe schuf.

Tönt nicht an dieser Stelle das Schlagwort unserer Zeit «die sociale Frage» an unser Ohr? Kein Stand ist von dem Wogendrange dieser lebhaften Bewegung unberührt geblieben, auch an die Aerzte drängt sie sich unabweislich heran: Alles soll verstaatlicht, organisirt werden. Kann man aber die freie Seele des Menschen in eine Organisation zwängen, oder vermag eine Ehrengerichtsordnung sittliche Mängel zu ersetzen, die von Hause aus in der Erziehung begründet sind? Es sollen gewiss viel weniger junge Leute dem Berufe des Arztes zuströmen, die Wenigen sollen aber auch zu den Besten gehören; dies sind aber pia desideria, die sich nur bei ernstlichem Willen und getreulicher Mithilfe von Eltern, Erziehern und Lehrern erreichen lassen; verschärfte Examina helfen da kaum.

Halten wir Aerzte unseres grossen Reiches uns den Spiegel vor, wie die voransgegangenen Schilderungen der Verhältnisse im Aerztestande anderer Staaten ihn bieten, so können wir ohne Scheu freimüthig gestehen, dass der Aerztestand hier sich in seinem grossen Bestande noch frei gehalten hat von den Schlacken der westeuropäischen Standesmisère, oder zieht auch bei uns die düstere Wolke der Korruption an dem bisher reinen Himmel unseres Standesbewusstseins auf, wenn eine in Sachen der Standesehre streng denkende Gruppe der Aerzte unserer Residenzstadt gezwungen war, unstatthafte Reklame in der Tagespresse seitens einiger Collegen an den Pranger zu stellen?

Mögen solche Fälle vereinzelt bleiben, oder besser ganz schwinden, erhalten möge uns aber bleiben die alte Treue in der idealen Anschauung bei Ausübung des ärztlichen Berufes, Ehrenhaftigkeit bis in die letzte Faser unseres Wesens, um solcher Art sowohl in collegialen wie weiteren Kreisen die geistige und sittliche Höhe des Aerztestandes zu bewahren als ein unveräusserliches Erbtheil früherer Geschlechter.

Für alle jungen Leute aber unserer Heimath, die sich dem ärztlichen Berufe zuwenden wollen und vielleicht diesen oder jenen Arzt um seinen Rath fragen, dürfte ein Brief von Nutzen sein, den ein wahrhaft edler Arzt, der verstorbene Professor Theodor Billroth an seinen Vetter, der seinen Sohn Medicin studiren lassen will, gerichtet hat. Derselbe lautet in dem hierhergehörigen Passus: «Spärlich sind die Freuden des Arztes: hier und da treue Anhänglichkeit der Patienten; zuweilen, doch nicht oft, auch mit materiellem Nachdruck; Dankbarkeit für die grösste Pflichttreue, ja selbst für Opfer selten. Freude an einer gelungenen Cur, Bewusstsein der Pflichterfüllung, das ist meist das Höchste, was der Arzt erreichen kann. Du meinst vielleicht, ich male zu sehr in Schwarz; doch wenn Dein Robert einmal nach 20 Jahren diese Zeilen in die Hände bekommen sollte, so wird er mir vielleicht Recht geben. Hat er einmal eine entschiedene Neigung, Arzt zu werden, so darf ihn das Alles nicht stören. Du wünschest, dass ich Dir offen und ausführlich darüber schreibe. Fürchte nicht, dass es so weiter geht, das Schlimmste ist gesagt, und am Ende ist es auch nicht viel schlimmer, wie mit manchem anderen Lebensberuf. Was ist die Haupteigenschaft, um ein guter Arzt zu sein? Mein hiesiger College Nothnagel, dessen Buch über Nervenkrankheiten Dein Robert später schätzen lernen wird, sagte in seiner Antrittsrede als hiesiger Professor der inneren Klinik unter Anderem: «Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein». Das ist auch meine Meinung: es ist die Grundbedingung für den innern, ja meist auch für den äusseren Erfolg der ärztlichen Thätigkeit. Ich möchte zu dem «guten Menschen» noch hinzugefügt wissen: und «gut erzogen», d. h. in einer Familie, in der ein wohlwollender Geist gegen alle Menschen lebt. Das trifft ja Alles bei Deinem Robert zu. Er muss einen unwiderstehlichen Drang zum Helfen anderer unglücklicher Menschen haben, zunächst angeboren und anerzogen; dann kommt er später auch auf dem Wege geläuterter Empfindung und Lebenserfahrung durch Reflexion zu der Ueberzeugung, dass, so viel der sittlich erzogene Mensch auch nach Glück jagen mag, er doch schliesslich das Glück wesentlich darin findet, Andere nach Kräften glücklich zu machen».

Mögen die jungen Mediciner der Zukunft in unserem Reiche von solchem Geiste, wie er den vorstehenden Brief durchweht, getragen ihrem Berufe entgegengehen; Raum für ärztliche Wirksamkeit bieten ja die weiten Grenzen unserer ausgedehnten Heimath genug. Uns Aerzten aber möge noch für lange Zeit Standesordnung und Ehrengericht als nothwendiges Zwangsmittel erspart bleiben. Für Diejenigen jedoch, welche eine Organisation unseres Aerztestandes vielleicht im Sinne der Deutschen Aerztekammern wünschen, möge die vorstehende Zusammenstellung als orientirendes Material von Nutzen sein. Vielleicht befasst sich einer unserer Aerzte-Congresse mit einer solchen Frage, dann könnte dieselbe Quelle herangezogen werden, die ich benutzte: Deutschlands Gesundheitswesen. Organisation und Gesetzgebung des Deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten von Dr. Albert Guttstadt. Leipzig. Georg Thieme. 1890.

Dort finden sich die bezüglichen Verordnungen gesammelt. Die angeführten Tarifsätze sind aus Zuschriften in der Zeitschrift für sociale Medicin entlehnt, ebenso die Schilderung der historischen Entwickelung des Aerztestandes in Frankreich von Max Nordau. Neuere Gesetzgebungen entnahm ich dem Anhange der Deutschen Medicinal-Zeitung von Julius Grosser.

Referate.

M. Reiner. Bemerkungen zum modellirenden Redressement der Halswirbelsäule. Wien. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 44.

Wie man vorsichtig beim Redressement der Halswirbelsäule im Falle eines Collum obstipum Erwachsener zu Werke gehen muss, lehrt eine Beobachtung, die Reiner gemacht hat und nun veröffentlicht. Es handelt sich um einen 16 jährigen Patienten, der einen Schiefhals von Geburt an, wie er es sagt, besass. Es war eine wohl ausgebildete linksconvexe Krümmung der Halswirbelsäule und eine dem entsprechende rechtsconvexe, compensirende Scoliose des Brusttheils vorhanden. Nachdem in Narcose die Tenotomie des contrahirten m. sternocleido-mastoideus vorausgeschickt war und bereits mehrere Minuten kein Chloroform dem Patienten gereicht war, sistirte plötzlich die Atmung, während der Kopf in nahezu vollständig redressirter Stellung erhalten worden war. Dieser ersten Asphyxie, die durch künstliche Athmung bald gehoben wurde, gingen Brech- und Abwehrbewegungen des Pat. voraus. Als man nach einiger Zeit — Chloroform wurde nicht mehr verabfolgt — zur Vollendung des Redressements geschritten war und schon einige fixirende Bindetouren in der übercorrigirten Stellung angelegt hatte, sistirte neuerdings die Atmung und erfolgte der Exitus letalis. Die Section ergab das Vorhandensein einer Constitutionsanomalie, eines «Habitus thymicus», welcher bekanntlich zu plötzlichen Todesarten in Folge geringfügiger Ursachen disponirt. Reiner schien trotz vor-

handener Disposition jedoch die Narcose nicht ausreichend als Grund und er sprach die Vermuthung aus, ob das Eintreten der Asphyxie nicht im Zusammenhange mit der forcirten Veränderung der Stellung des Kopfes stände und zwar nicht, dass ein abnormer Druck durch das knöcherne Gerüst auf das Centralnervensystem ausgeübt worden wäre, sondern dass die Correctur der falschen Stellung direct zu einer Kreislaufstörung in den grossen Gefässen des Halses und dadurch im Gehirn geführt hätte, sei es durch Compression, oder durch Abknickung oder durch Elongation dieser Gefässe. Es gelang auch experimentell einen Nachweis für die supponirte Kreislaufunterbrechung in den grossen Halsgefässen zu erbringen, und zwar an der Leiche dieses Individuums. Nachdem in die Brustaorta eine Canüle eingeführt worden war und durch dieselbe ein Strom von 0,6% Kochsalzlösung unter einem constanten Injectionsdrucke eingeleitet wurde, konnte man bemerken, dass nach der Unterbindung sämmtlicher Aeste ausser den Halsgefässen bei der Schiefstellung des Kopfes aus den Carotiden und den vertebrales die Flüssigkeit gut herausspritzte, nach vollendetem Redressement des Kopfes, wie das auch in vivo vorgenommen worden war, jedoch das Abströmen sistirte und so eine Kreislaufsunterbrechung eine Anaemie des Gehirns, die zum Tode geführt hat, vollständig erklärt werden konnte. So eine gewaltige Störung des Hirnkreislaufes, wie sie experimentell erwiesen wurde, muss zumal bei einem mit einer Constitutionsanomalie behafteten Individuum als genügender Grund für den Exitus erachtet werden.

Deshalb wäre es gerathen bei Erwachsenen so ein Redressement nicht auf einmal, sondern lieber etappenweise vorzunehmen.

Hecker.

Max Nitze. Die intravesicale Operation der Blasengeschwülste. Centralbl. f. d. Kr. d. Harn und Sex. org. B. VII, H. 7 und 8.

Nach «jahrelanger, rastloser Arbeit» hat Nitze seine Methode der intravesicalen Geschwulstoperation mit Hilfe des Operationskystoscopes bis zu einem gewissen Abschluss gebracht. Er hat gezeigt, dass es in einer grossen Anzahl von Fällen benigner Geschwulstbildung möglich ist, dieselben per vias naturales zu entfernen und sie radical auszurotten. Seine Erfolge sind in der That grossartige: «Von 30 Fällen ist kein Todesfall zu beklagen und von einem Carcinom abgesehen, sind alle anderen Kranken geheilt und von den schon definitiv erledigten Fällen fast alle mit klarem Urin entlassen worden». Nach solchen Erfolgen hat Nitze wohl ein Recht zu beanspruchen, dass die intravesicale Operation als «neue Methode» anerkannt und ihr das Praedicat des Normalverfahrens gegenüber der Sectio alta zugestanden werde. Wir müssen dieser Forderung völlig zustimmen und gestatten uns auf die Analogie der Lithotripsie, hinzuweisen, die als eine intravesicale Operation überall als Normalverfahren angesehen und ausgeübt wird, wo es die Umstände des Falles gestatten. Das Instrumentarium Nitzes besteht jetzt wesentlich aus der mit Kystoscop armirten galvanocaustischen Schlinge und dem galvanocaustischen Brenner. Die Behandlung ist eine ambulante, wird unter Cocain ausgeführt und belästigt die Kranken nur wenig. «Keiner der Kranken hat die Fortsetzung der einmal begonnenen Behandlung verweigert».

Bösartige Geschwülste sind von der Behandlung dieser Art ausgeschlossen. Nitze schliesst seine Arbeit mit einem Apell an die Collegen die Kranken so früh wie möglich der Behandlung zuzuführen. Dass dieses heute leider noch nicht der Fall ist beweisen die Termine, die zwischen erster Haematurie und Operation lagen. Von 20 primären Papillomen kamen nur 3 nach der ersten Haematurie zu Nitze; in 3 Fällen waren 5, in sechs 8, in einem 25 Jahre seit der ersten Haematurie verflossen. Natürlich waren die Geschwülste weiter gewachsen und die Operation dadurch wesentlich erschwert worden. Mit Recht verlangt daher Nitze — die Vertrautheit der Aerzte mit dem prägnanten Krankheitsbilde der Blasenpapillome vorausgesetzend — die sofortige kystoscopische Diagnose nach der ersten Haematurie.

Schabert (Riga).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

O. Sarwey: Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Berlin 1896. Verlag von Hirschwald.

Das Material, das als Grundlage für die vorliegende Abhandlung gedient, umfasst 60 Fälle von künstlicher Frühgeburt, die in der Tübinger Klinik beobachtet wurden. Die relativ geringe Anzahl wird durch die Exactheit der Beobachtung und die nach einheitlichen Principien durchgeführte Behandlung aufgewogen und ist daher für die statistische Verwerthung von grösserem Nutzen, als eine vielleicht stattlichere Reihe nicht mit derselben Gleichartigkeit beobachteter Fälle. — Der erste rationelle Vorschlag zur Einleitung der Frühgeburt stammt aus dem Jahre 1756 aus England, von der Zeit an haben Vertreter aller Länder das Ihrige dazu beigetragen, die Methodik auszuarbeiten und die Indicationsstellung zu präcisiren. Seitdem der Kaiserschnitt und die Symphyseotomie mehr Verbreitung gefunden, wollten manche Autoren (Martin) die Indication für die künstliche Frühgeburt eingeschränkt wissen, doch traten die meisten Geburtshelfer der Auffassung entgegen, so sprachen sich Leopold, Wyder u. A. auf Grund eines grossen statistischen Materials entschieden dafür aus, dass der relative Kaiserschnitt nicht mit der künstlichen Frühgeburt in Concurrenz treten dürfe und könne, da die Sterblichkeit der Sectio caesarea 3,37 mal grösser ist, als die des Partus praematurus artificialis. Unter den Indicationen werden die verschiedenen complicirenden Erkrankungen der Mutter, pathologische Verhältnisse des Beckens und der Genitalorgane etc. angeführt und alsdann zur Beschreibung der Methoden geschritten. Letztere — 20 an der Zahl — werden je nach ihrem Angriffspunkt auf Uterus, Cervicalcanal, Vagina und Vaginalportion und ausserhalb der Genitalorgane eingetheilt, manche sind als obsolet zu betrachten. Auf die Beschreibung der Methoden kann hier nicht näher eingegangen werden. Stets ist an dem Grundsatz festzuhalten, den Termin zur Einleitung der Frühgeburt so weit wie möglich hinauszuschieben, als frühester Termin gilt die 33. Woche, im Uebrigen richtete sich die Einleitung der Frühgeburt nach der abgeschätzten Grösse des Kopfes (Müller's Impressionsverfahren) und dem Grade der Beckenverengerung. Am häufigsten kamen die Kiwisch'sche Scheidendouche und die Kraus e'sche Methode in Anwendung, in 20 Fällen mussten andere Hilfsmethoden herangezogen werden. Die 60 Fälle von künstlicher Frühgeburt kamen auf 2424 Geburten = 2,47% (d. h. auf 40,4 Geburten eine künstliche Frühgeburt) bei engem Becken, welches in der Gegend von Tübingen durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, — daher die hohe Frequenz der Frühgeburtsoperation an dieser Klinik gegen andere wie z. B. Wien auf 441 rechtzeitige Geburten eine künstliche Frühgeburt aufweist, Dresden auf 151 — eine, Jena auf 55 — eine. Auf die Schilderung des Geburtsverlaufes und der Geburtsdauer der 60 Fälle, die vorgenommenen operativen Eingriffe (18%) muss verzichtet werden. Von den 60 Entbundenen starb eine, deren Geburtsverlauf besonders protrahirt war, an Pyämie. Von den Kindern wurden 50 lebend geboren. von denen noch 4 in directem Anschluss an die Geburt starben. Das männliche Geschlecht überwog (65%) das weibliche, das Gewicht betrug im Mittel 2640 G., das minimum 1390, das maximum 3370. Soweit das fernere Schicksal der Kinder verfolgt werden konnte, so resultirte eine Mortalität der lebendgeborenen Kinder von 19,5% innerhalb des ersten Lebensjahres. Zum Schluss findet sich eine genaue Angabe des Geburtsverlaufes und einige colorirte Abbildungen kindlicher Schädel mit den typischen Druckusuren.

Lingen.

E. Fränkel: Tagesfragen der operativen Gynäcologie. Wien, Urban und Schwarzenberg 1896.

Sowohl die Indicationen als auch die Technik einiger operativer Eingriffe stehen noch zur Discussion, es ist deshalb gewiss von Interesse zu erfahren, wie ein so bewährter Gynäkologe wie E. Fränkel sich zu manchen Fragen stellt. Das vorliegende Büchlein kann als Glaubensbekenntniss des Autors angesehen werden. Wir lernen denselben als vorsichtigen Arzt und Operateur kennen, der stets das Wohl seiner Patientin im Auge hat, indem er nur bewährte Operationsmethoden bei denselben zur Anwendung bringt. Es kann leider nicht auf Einzelheiten eingegangen werden, wir finden aber im Buche manches Originelle. Beim Einfliessen von virulentem Tubeninhalt in die Bauchhöhle sieht Verf. die Tamponade als unwirksam an, dieselbe ist bei indifferenter Beschaffenheit des Eiters überflüssig, zuweilen auch schädlich (Ileus, Bauchbrüche). Deshalb wird die Mikulicz'sche Beckentamponade nur als Blutstillungsmittel und zur Ausschaltung todter Räume aus dem Beckenbindegewebe angewandt. Uterusmyome werden gemäss der alten Anschauungen nur bei ganz bestimmten, zwingenden Indicationen operirt. Die Castration bei Myomen erkennt Verf. als wirksam an. Uterusmyome sollen nur sehr selten in Sarcome übergehen. Bei der Auswahl der Methode der Myomotomie wird individualisirt, wobei die Leopold'sche Methode bevorzugt wird. Bei der Behandlung des Abortes wird nur selten zur Curette gegriffen und zwar nur dann, wenn relativ unbedeutende, wandständige Decidua — oder Placentarreste Blutungen unterhalten. Eitrige Uteruscatarrhe werden mit Jodtinctur — oder 20% Ferripyrinpinselungen behandelt. Die Abrasio (bei fungöser Endometritis) wird auch bei ambulanten Pat. ausgeführt.

Die Ausstattung des Büchleins trägt den vornehmen Character des wohlbekannten Verlags.

W. Beckmann.

C. Heitzmann: Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen. Wien und Leipzig. Verlag von W. Braumüller, 1896.

Der Heitzmann'sche Atlas, der so Manchem schon auf der Universität als Leitfaden zur Aneignung der ersten anatomischen Begriffe und Kenntnisse gedient hat, liegt uns in der neuesten achten Auflage vor, die mit dem Erscheinen der sechsten Lieferung ihren Abschluss gefunden. Die neue Auflage, die mit ihrem Erscheinen das 25 jährige Jubiläum ihrer ersten Ausgabe feiert, weist zahlreiche Verbesserungen und Vermehrungen auf und enthält im Ganzen 785 theilweise mehrfarbige Abbildungen. Entsprechend der vervollkommneten Technik in der Herstellung von Holzschnitten ist bei der vergleichenden Betrachtung der Abbildungen früherer Auflagen mit dieser ein wesentlicher Fortschritt zu constatiren, die Holzschnitte sind künstlerisch durchgeführt. Als Beigabe zu den Figuren ist ein, wenn auch knapper, so doch die Bilder vollkommen genügend erläuternder Text hinzugefügt, der auch der neuen anatomischen Nomenclatur gerecht wird. Das Werk erscheint in sechs Lieferungen. Die Popularität des Heitzmann'schen Atlasses überhebt Ref. der Aufgabe einer besonderen Empfehlung dieses weithin verbreiteten Werkes.

Lingen.

Vermischtes.

— Der frühere langjährige, verdienstvolle Präsident der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, Leibmedicus, wirkl. Geheimrath Dr. Zdekauer ist ernstlich erkrankt.

— Der Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Anatomie Dr. Schidlowski, begeht am 30. December sein 25-jähriges Jubiläum.

— Ernannt: der Director und Oberarzt des hiesigen Marinehospitals für Arme und des Alexanderhospitals für Frauen, wirkl. Staatsrath Professor Dr. Pawlow — zum Leibchirurgen des Hofes Sr. Kais. Majestät, unter Belassung in seinen jetzigen Stellungen.

— Verstorben: 1) Am 5. December in St. Petersburg der hiesige praktische Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Ferdinand Morawitz, im 69. Lebensjahre. In St. Petersburg geboren und erzogen, bezog der Hingeschiedene im Jahre 1846 die Universität Dorpat, an welcher er sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1852 wurde M. Ordinator an der hiesigen Entbindungsanstalt, dann am Marienstift und wirkte in der letzten Zeit als freipraktici render Arzt hierselbst. Neben seiner ärztlichen Praxis beschäftigte er sich eifrig mit entomologischen Studien, durch die sein Name auch in weiteren wissenschaftlichen Kreisen rühmlichst bekannt wurde. Er war auch Mitbegründer und langjähriger Präsident der hiesigen entomologischen Gesellschaft. 2) Am 29. November in St. Petersburg der Redacteur des «Wjestnik obschtschestwennoi gigieny» (Zeitschr. für öffentliche Hygiene), Dr. Modest Galanin, im 44. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene ist vielfach schriftstellerisch thätig gewesen; von ihm stammen auch die «Briefe an Mütter», welche mehrere Auflagen erlebt haben. 3) In Nishni-Nowgorod der dortige Sanitätsarzt Dr. Paul Posern im Alter von 58 Jahren an einem organischen Herzfehler. Er stammte aus einer angesehenen deutschen Kaufmannsfamilie des Gouvernements Ssimbirsk und hatte seine medicinischen Studien in Kasan und Moskau absolvirt, worauf er sich 1867 in Nishni-Nowgorod als Arzt niederliess. Von Hause aus wohlhabend, widmete er seine Zeit mehr den öffentlichen Aemtern, zu denen er durch das Vertrauen seiner Mitbürger berufen wurde, als der ärztlichen Praxis. Er war Deputirter der Stadtduma, der Landschaft-Ehrenfriedensrichter, eine Zeit sogar Präsident des Friedensrichterplenums, Präses des medicinischen Conseils und verschiedener Commissionen der Landschaft, Vorsitzender der örtlichen Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung und der med. Unterstützungskasse, ja es giebt in Nishni-Nowgorod wohl kaum eine gemeinnützige oder wissenschaftliche Gesellschaft, der Posern nicht wenigstens als Mitglied angehörte. Der Hingeschiedene ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen. 4) In Erlangen der emeritirte Professor der Anatomie, Geh.-Rath Dr. Joseph v. Gerlach, im Alter von nahezu 77 Jahren. 5) In Paris der Professor für vergleichende und experimentelle Pathologie Dr. Isidor Strauss, 51 Jahre alt, früher Docent an der Strassburger Universität, siedelte Strauss nach dem deutsch-französischen Kriege nach Paris über. Als Robert Koch von der deutschen Regierung nach Indien zum Studium der Cholera entsandt wurde, war auch Strauss im Auftrage der französischen Regierung zu gleichem Zweck dort. St. glaubte den Choleraerreger im Blute der Cholerakranken gefunden zu haben und wollte Koch's Cholerabacillus anfangs nicht anerkennen, bis ihn Koch persönlich seines Irrthums überführte.

— Seine Majestät der Kaiser hat der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte behufs Errichtung eines Sanatoriums zum Gedächtniss an die Kaiserin Maria Feodorowna 460,000 Rbl. und das dem Hofressort gehörige Gut Taizy (bei der gleichnamigen Station der baltischen Bahn) zu schenken geruht.

— Bei der Neuwahl in der balneologischen (V.) Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde der Kliniker Professor Pasternazki zum Präsidenten, Docent Dr. Sigrist — zum Vicepräsidenten und Dr. Dannenberg zum Secretär gewählt. Diese Section beabsichtigt künftig alljährlich einen Balneologen-Congress zu veranstalten.

— Die St. Petersburger medico-chirurgische Gesellschaft, welche 1894 gegründet wurde, zählt gegenwärtig 1 Ehrenmitglied, 62 wirkliche und 7 correspondirende Mitglieder. In der am 28. November stattgehabten Jahresversammlung wurde der bisherige Vorstand (Prof. Weljaminoff als Präsident und Prof. A. E. Lebedew als Vicepräsident) wiedergewählt.

— In der Sitzung der Pariser Akademie der Medicin am 15. December n. St. wurde die Verleihung des 25,000 Frcs. betragenden Preises Saint Paul für die Entdeckung eines wirksamen Mittels gegen die Diphtherie zu gleichen Theilen an Prof. Behring (Marburg) und Dr. Roux, zweiten Director des Institut Pasteur in Paris feierlich verkündet. Am selben Tage hat der deutsche Kaiser, wie verlautet Dr. Roux den Kronen-Orden 2. Klasse verliehen. Die französische Republik hat, wie wir seiner Zeit gemeldet haben, die deutschen Professoren Löffler (Greifswald) und Behring in diesem Jahr mit dem Orden der Ehrenlegion ausgezeichnet.

— Unter den sieben Personen, welche am 30. November d. J. in der Jahresversammlung der «Royal Society» in London Medaillen erhielten, befinden sich zwei deutsche Professoren: Röntgen (Physikus in Würzburg) und Gegenbaur (Anatom in Heidelberg).

— Der Redacteur der in St. Petersburg erscheinenden medicinischen Wochenschrift «Medizina», Prof. M. Wassiljew in Jurjew (Dorpat) hat den Abonnementspreis für seine Zeitschrift von 8 Rbl. auf 5 Rbl. jährlich ermässigt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. December d. J. 7642 (102 wenig. als in d. Vorw.), darunter 844 Typhus — (92 wen.), 905 Syphilis — (21 wen.), 124 Scharlach — (7 mehr), 113 Diphtherie — (1 wen.), 13 Masern — (1 wen.) und 20 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. November 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
368	280	648	143	48	94	25	13	14	58	52	64	43	49	35	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 17, Diphtherie 36, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 110, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 7. Januar 1897.

Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 16. December 1896.

ВѢСТНИКЪ

ОБЩЕСТВЕННОЙ ГИГІЕНЫ, СУДЕБНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

Выходитъ ежемѣсячно книжками около 15 листовъ каждая.

Подписная цѣна: для врачей, состоящихъ на службѣ, государственной, земской и частной, и женщинъ врачей—**6** р.; для не служащихъ врачей и лицъ неврачебнаго сословія—7 руб.

Допускается разсрочка: **2** (или **3**) руб. при подпискѣ, **2** руб. не позже **1** апрѣля и **2** руб. не позже **1** іюля.

Подписчики на журналъ могутъ получать, безъ уплаты за пересылку, изданія редакціи:

I томъ **„Справочной книги для врачей"**

I. Обзоръ гражданскихъ врачебныхъ законовъ Россійской Имперіи С. М. Ершова.—II. Основныя правила составленія судебно-медицинскихъ актовъ о вскрытіяхъ мертвыхъ тѣлъ. Д. П. Косоротова.—III. Опытъ разработки результатовъ регистраціи врачей Россіи. В. И. Гребенщикова.—IV. Справочныя свѣдѣнія по русскимъ минеральнымъ водамъ, грязямъ, морскимъ купаньямъ и климатолѣчебнымъ станціямъ. А. Г. Кулябко-Корецкаго.—Прибавленіе. Кумысъ и кумысолѣчебныя заведенія. К. К. Толстого—V. Общедоступные гигіеническіе способы изслѣдованія. П. О. Смоленскаго.—VI. Сифилисъ въ санитарномъ отношеніи. К. Л. Штюрмера.—Библіографическій указатель иностранной и русской литературы по сифилидологіи за 1886—1890 г.

Цѣна книги (около 40 листовъ большаго формата) 2 рубля.

II томъ **„Справочной книги для врачей"**

I. Обзоръ санитарнаго законодательства въ Россіи Проф. Ведрова.—II. Больницы гражданскаго вѣдомства въ Россійской Имперіи. В. И. Гребенщикова.—III. Основы психіатрической экспертизы. А. В. Тимофѣева и М. В. Игнатьева.—IV. Объ обезвреживаніи фабричныхъ отбросовъ. Проф. С. А. Пржибытекъ.—V. Мѣропріятія противъ заразныхъ болѣзней (I. Брюшной тифъ). П. О. Смоленскаго.—VI. Мѣстныя венерическія болѣзни. К. Л. Штюрмера.—VII. О лѣкарственныхъ растеніяхъ Русской флоры. Проф. Мерклина.

Цѣна книги (около 40 листовъ большаго формата) 2 рубля.

Атласъ лѣкарственныхъ растеній Русской флоры (25 листовъ раскрашенныхъ рисунковъ, изготовленныхъ за границей). Цѣна выписывающихъ II томъ «Справочной книги»—**1** руб.; отдѣльно **2** рубля.

Гг. Подписчиковъ, при высылкѣ съ редакціею подписныхъ за журналъ денегъ, или выписываніи изданій редакціи, просятъ, во избѣжаніе задержки въ исполненіи заказа, посылать одновременно въ редакцію увѣдомленіе о сдачѣ денегъ на почту (открытымъ письмомъ, съ означеніемъ адреса и № почтовой квитанціи). При несоблюденіи этого условія исполненіе заказовъ неизбѣжно значительно замедляется, т. к. денежные пакеты съ заявленіями получаются не прямо редакціей, а чрезъ Государственное Казначейство.

М. И. Галанинъ.

Оппенгеймъ, Н., Руководство по нервнымъ болѣзнямъ для врачей и студентовъ. Перев. съ нѣмецк., съ 220 рис. 1896, Rbl. 5.00.

Робэнъ, А., Руководство къ частной терапіи. Вып. 2-й. (Лѣченіе болѣзней почекъ). Перев. съ франц. 1896, Rbl. 1.50.

Рубнеръ, М., Учебникъ гигіэны. Перев. съ 5-го нѣмецк. изд. Съ 273 рис. 1897, Rbl. 6.00.

Arbeiten, aus dem Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie. Festschrift zur Feier der 25-jährigen Thätigkeit d. Professor Dr. Karl Ruge. Mit Tafeln und Abbildungen. 1896, Rbl. 11.00.

Arndt, R., Geisteskrank. Unzurechnungsfähig. Entmündigt. 1897, Rbl. 0.85.

Bourrier, Th., Les industries des abattoirs. Avec 77 fig. 1897, Rbl. 1.50.

Dornevin, Traité de zootechnie spéciale. Avec 2 planches et 88 fig. 1897, Rbl. 4.50.

Czarmak, Augenärztliche Operationen. Heft 10. Mit 11 Holzschnitten. 1896, Rbl. 1.10.

Deutsche Chirurgie. Lfg. 47. (Schmidt, Unterleibsbrüche). Mit 110 Holzschnitten. 1896, Rbl. 8.25.

Eollinger, J., Die Behandlung d. tuberkulosen Wirbelentzündung. Mit 7 Abbild. u. 2 Tabellen. 1896, Rbl. 0.90.

Duclaux, E., Pasteur. Histoire d'un esprit. 1896, Rbl. 2.25.

Epstein, S., Hermann von Helmholtz als Mensch und Gelehrter. 1896, Rbl. 0.55.

Eschweiler, R., Die Schussverletzungen durch das kleinkalibrige Gewehr. 1897, Rbl. 0.45.

Fol, H., Lehrbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie. Lfg. 2: Die Zelle. Mit 136 Fig. 1896, Rbl. 4.95.

Hippokrates, Sämmtliche Werke. Bd. II. 1897, Rbl. 5.25.

Greve, H., Diagnostisch-therap. Taschenbuch für Zahnärzte. 1897, Rbl. 1.30.

Hirschfeld, F., Die Anwendung der Ueberernährung (Mastkur) und der Unterernährung (Entfettungskur) 1897, Rbl. 1.55.

Klemperer, G., Untersuchungen über Gicht und harnsaure Nierensteine. 1896, Rbl. 2.75.

Kobert, R., Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat. Heft XIV. 1896, Rbl. 3.30.

Kossmann, R., Die geburtshülfliche Praxis in kurzer Darstellung. Mit 23 Abbildungen. 1896, Rbl. 1.40.

Maylard, A., A treatise on the surgery of the alimentary canal. 1896, Rbl. 15.00

Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik, herausg. von I. Gad. Liefg. 47/48. Цѣна кажд. вып. по Rbl. 0.65.

Schilling, F., Kompendium der ärztlichen Technik. Mit 492 Abbildg. 1897, Rbl. 4.40.

Schwalbe, G., Morphologische Arbeiten. Bd. VI, Heft 3. Mit 4 Tafeln u. 54 Figuren. 1896, Rbl. 6.60.

Spaltenholz, W., Handatlas der Anatomie des Menschen. Bd. II, Abth. 1. Mit Abbildungen. 1896, Rbl. 3.85.

Sperk, E., Oeuvres complètes. (Syphilis, Prostitution). Tome I/II. 1896, Rbl. 9.00, въ перепл. Rbl. 11.00.

Sticker, G., Der Keuchhusten. Der Rostock'sche Sommerkatarrh. (Das sogenannte Heufieber). 1896, Rbl. 2.00.

Thiele, A., Blutentziehungen, insbesondere der Aderlass. Mit 23 Abbild. 1896, Rbl. 0.85.

Sydow, F., Beiträge zur Geschichte der Tracheotomie. 1896, Rbl. 1.10.

Unbehaun, I., Versuch einer philosophischen Selectionstheorie. 1896, Rbl. 1.65.

Vogel, M., Die Buchführung und die schriftliche Geschäftsordnung d. Arztes. 1896, Rlb. 2.20.

Дозв. ценз. Спб. 14 Декабря 1896 г Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. №15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, (2. Januar) 21. December **1896**

Bronchialcatarrh und Witterung in St. Petersburg.

Eine ätiologische Studie.

Von

H. Fremmert.

Vortrag gehalten im Deutschen ärztlichen Verein am 18. November 1896.

Meine Herren! Das, worüber ich mir hier Einiges mitzutheilen erlauben möchte, betrifft den gewöhnlichen acuten Bronchialcatarrh (Bronchitis acuta)[1]) und zwar jenen nicht specifischen Bronchialcatarrh, der weder auf anderweitige Erkrankungen, noch auf Intoxikationen oder Staub- und Gasinhalationen, sondern lediglich auf eine sogen. Erkältung zurückzuführen ist. Ich werde nur die Aetiologie dieses Catarrhs berühren und die Antiologie auch nur insoweit, als sie uns über die prädisponirenden Ursachen aufklärt, denn es unterliegt jetzt kaum einem Zweifel, dass der Catarrh erst durch Bacterien-Invasion bei gewisser Disposition zu Stande kommt. Auch im Bronchialschleim Gesunder werden die wirklichen Krankheitserreger, verschiedene pathogene Mikroorganismen (Streptococc., Bacill. resp. Diplococc. pneumoniae etc.) gefunden (s. Pansini[2]), v. Besser[3]), sie führen aber erst dann zum Catarrh, wenn die Schleimhaut anderweitig schädlich beeinflusst ist. Es wird von keiner Seite bestritten, dass unter den primären Beeinflussungen die meteorologischen Verhältnisse obenan stehen und, da es hier nicht der Ort ist auf die verschiedenen Erklärungsversuche, wie eigentlich plötzliche Wärmeentziehung bei mangelhafter Regulation Schädigung erzeugt (Rosenthal, Afanassiew, Liebermeister, Winternitz, Rossbach), einzugehen, so darf man sich, wie Hoffmann[4]) sagt, kurz vorstellen, «dass bei der Erkältung durch schroffe Temperaturschwankungen Lockerung des Epithels der Bronchien und das Entstehen kleiner Undichtigkeiten stattfindet, Staub und Mikroorganismen eindringen und eine Abstossung der oberflächlichen, fast hermetisch schliessenden Epithelschicht veranlassen».

---

[1]) Hinsichtlich der Nomenclatur schliesse ich mich denjenigen neueren Autoren an, welche die Versuche, zwischen Catarrh und Entzündung einer Schleimhaut Schranken aufzurichten, für gescheitert halten.

[2]) Aufrecht. K.-Encyclop. d. geh. Heilkunde, v. Eulenburg. 3. Aufl. 4. Bd. 1894. p. 56.

[3]) Knauthe. Nachträge zur R.-Enc. v. Eulenburg. 2 Aufl. 21. Bd. 1890. p. 601.

[4]) F. A. Hoffmann. Spec. Path. und Therapie v. Nothnagel. Separatwerk: Die Krank. d. Bronchien. Wien 1896, p. 64.

Will man daher annehmen, dass die hier gemeinten Catarrhe durch sogen. einfache Fortpflanzung von der Nase und dem Rachen aus zu Stande kommen (was meiner Erfahrung nach, keineswegs immer der Fall ist), so muss der Boden für eine Uebertragung, soll diese Erfolg haben, doch immer erst von der primären Schädlichkeit, von der Erkältung, od. dergl., vorbereitet, d. h. für die Aufnahme der eigentlichen Krankheitserreger empfänglich gemacht worden sein; auf intact gebliebene Bronchien pflanzt sich aber kein Catarrh vom Pharynx etc. fort. Hier muss ich denn auch gleich anführen, warum meine Untersuchungen sich nur auf die Bronchialcatarrhe und nicht auf die Catarrhe der übrigen Athmungsorgane, welche, wie ich aus meinem Journal ersehe, ebenfalls ein recht grosses Beobachtungsmaterial liefern würden, erstreckten. Alle Catarrhe, die sich ausschliesslich auf die Nase, den Pharynx und Larynx, also auf Organe beschränkten, denen neben der Athmung auch noch sonstige Functionen zukommen, habe ich nicht berücksichtigt, weil sie ätiologisch in abweichender Weise beeinflusst werden können und blieben mir als ganz einwandsfrei eben nur übrig: die Catarrhe der Respirationsorgane im engeren Sinne, d. h. die der Bronchien mit Einschluss der Trachea, welche, übrigens schon ihrer räumlichen Ausdehnung wegen, unter den Athmungswerkzeugen das Hauptinteresse beanspruchen dürfen.

Die überall anerkannte Schädlichkeit ungünstiger Witterung hat von jeher zu langen Reihen von Beobachtungen und Raisonnements geführt, das Endresultat solcher oft sehr gelehrten und weitläufigen Arbeiten ist aber ein so ärmliches, dass Hoffmann eine Befreiung von dieser Misere selbstverständlicher Allgemeinheiten nur dann erwartet, wenn Forschungen über Specialverhältnisse angestellt und Einzelangaben gemacht werden, ob an diesem oder jenem Orte in auffallender Weise die Gefahr besteht, einen Catarrh zu acquiriren. Ueber St. Petersburg habe ich in dieser Beziehung Daten gesammelt, die im Allgemeinen verwerthbar erscheinen aber natürlich noch durch Vergleich gewinnen werden, sobald auch aus anderen Gegenden ähnliche Zusammenstellungen vorliegen.

Die Stellung, welche die acuten[5]) Bronchialcatarrhe hinsichtlich ihrer Häufigkeit im Totalbilde der menschlichen Erkrankungen einnehmen, lässt sich natürlich selbst dann, wenn wir nur einen bestimmten Punkt unserer Erdoberfläche im Auge behalten, in absolut richtiger Weise nicht bestimmen. Aber auch für eine bloss annähernd richtige Schätzung der Häufigkeit des Vorkommens dieser Catarrhe liegt, wenn es sich um eine normale Gesammtbevölkerung handelt, keinerlei sicheres Zahlenmaterial vor.

In die allgemeinen Krankenhäuser, welche ja sonst ein ziemlich getreues Spiegelbild der am gegebenen Orte herrschenden nosologischen Verhältnisse sind, kommen frische Bronchitiker nur selten und giebt z. B. die sonst in allen Beziehungen äusserst verdienstvolle Herrmann'sche Uebersicht[6]) an, dass die acuten Catarrhe der Respirationsorgane im Obuchowhospital in den 12 Jahren 1869—1880 nur 4,33 % aller aufgenommenen Erkrankungen ausmachten. Die Zählungen der Armen- und Stadtärzte, unserer freipracticirenden Collegen, aller Instituts-, Gesellschafts-, Militär-, Gefängnissärzte etc. stützen sich auf ein einseitiges Material, die Generalberichte der Medicinal-Inspectoren können aber blos die Summen der eingelieferten Daten geben und müssen, aus begreiflichen Gründen, lückenhaft bleiben. Nur dann, wenn alle Schichten der Gesellschaft in einem Normal-Rayon beobachtet werden können und jeder Fall zur Anzeige gelangt, lassen sich bestimmte Angaben über die Häufigkeit der Bronchitiden machen. Diesen Ansprüchen bin ich in der Lage, ziemlich gerecht werden zu können. Im IV. medicinischen Hofbezirk wohnen Männer, Frauen und Kinder aller Stände, jeden Alters, sowie des verschiedensten Berufes (Beamte, Militärs, Geistliche, Gärtner, Handwerker, Diener, Schwarzarbeiter), welche sich schon der Bequemlichkeit und Billigkeit wegen, mit wenigen Ausnahmen, an mich bei jeder Gelegenheit wenden und sich selbst, wenn sie fremden Rath eingeholt haben, behufs freier Arznei, im Empfangszimmer melden. Alle im Bezirk lebenden Personen haben standesgemässe Wohnungen mit Beheizung und leben hinsichtlich ihrer Beschäftigung, ihrer Ernährung und Bekleidung in Normalverhältnissen; Bettler, Obdachlose und gefährlichen Professionen Obliegende giebt es natürlich nicht, — diese bilden aber auch in der ganzen Stadt nur einen kleinen Theil der Einwohnerschaft und können nicht in Betracht kommen oder bringen höchstens einen minimalen Fehler in meine Berechnungen. Die Zahl der Einwohner des Bezirks unterliegt im Laufe des Jahres einigen Schwankungen, da im Sommer mehr Gartenarbeiter und Bauhandwerker als im Winter und im Winter mehr Palaisgorodowois, Frauen und Kinder als im Sommer vorhanden sind, aber mit dem Commando der Polizeichargen, das seit Jahren zu mir gehört, muss ich nach mehrfachen Zählungen die meiner ärztlichen Beaufsichtigung unterstellten Personen auf 1170 im Mittel schätzen. Von diesen 1170 Köpfen gehören rund 450 (38,5%) Männern, 400 (34,2%) Frauen und 320 (27,3%) Kindern an und liegen diese Ziffern den folgenden Proportionszahlen, welche ich für das Lustrum 1891 bis incl. 1895 zusammengestellt habe, zu Grunde. Ehe ich zu ihnen übergehe, muss ich jedoch noch einige Worte über den Modus der Zahlenerhebung, über die näheren Umstände, unter welchen sie gemacht wurde, sagen.

Ambulanz halte ich zwei Mal täglich ab und haben sich zu derselben alle nicht bettlägerigen Kranken einzufinden; die schwereren Patienten werden in ihren Wohnungen besucht, ansteckende Kranke und untergeordnete Chargen mit langdauernden Leiden werden in's Hospital, meist in's Hofhospital, befördert. Jeder Fall wird registrirt und kenne ich den weiteren Verlauf desselben unter allen Umständen. Zu meiner Verfügung steht ein sogen. Arztgehilfe (лѣкарскій помощникъ), der die Bücher führt, über jede, in meiner Abwesenheit etwa getroffene Verordnung zu berichten hat und von wesentlichem, nicht zu unterschätzendem Nutzen bei der medicinischen Hilfeleistung ist. Die Arzneien werden auf Rechnung des Kais. Hofes aus der nächsten Privatapotheke oder für Höhergestellte aus der Hofapotheke abgelassen und ist das Ambulatorium mit den nothwendigsten Apparaten und Materialien zur Untersuchung und Behandlung der Kranken ausgestattet. Wegen weiter Entfernung des Hauses der Palaispolizei von meinem Hauptambulatorium, habe ich in jenem ein zweites, kleineres Empfangslocal mit einem Feldscheer, wo ebenfalls jeder Krankheitsfall registrirt und, wie im Bezirk, Monatsberichte für den Hof-Medicinalinspector abgefasst werden. Den 120 Monatsberichten der letzten 5 Jahre die ich der Kürze wegen, in 60 zusammengezogen habe und sämmtlich von mir revidirt sind, entstammen alle hier in Betracht kommenden Daten. Diagnosen, welche sich in der Folge als irrige herausstellten, wurden im Journal nach Mög-

[5]) Zu den acuten Bronchialcatarrhen habe ich keineswegs nur die Fälle von höchstens 28-tägiger Dauer gerechnet, sondern auch subacute und überhaupt solche, die erfahrungsgemäss schnell verlaufen mussten aber durch zufällige, nicht im Wesen der Krankheit beruhende Umstände verlängert, event. aufgefrischt wurden. Chronische Bronchialcatarrhe sind bei dieser Auffassung im Allgemeinen recht selten und können auch dann noch zuweilen in andere Krankheitsrubriken gebracht werden.

[6]) Ф, Германъ. Историческій очеркъ Обух. больницы за 100 лѣтъ. 1884.

lichkeit corrigirt und können z. B. nur sehr vereinzelte Fälle von acutem Bronchialcatarrh, die später chronisirten oder überhaupt als erstes Symptom ernsterer Erkrankungen erkannt wurden, in die Berichte als Bronchitis acuta gekommen, auch dürfte derselbe Catarrh nur versehentlich dann und wann als Neuerkrankung 2 Mal gezählt worden sein. Ist hier aber auch wirklich ein kleines Plus vorhanden, so wird es doch gewiss reichlich durch diejenigen Fälle aufgehoben, welche trotz aller Bequemlichkeit für die Kranken, wegen präsumtiver Geringfügigkeit des Leidens unangezeigt bleiben; ich schliesse auf solche Vorkommnisse aus dem Umstande, dass sich bei den von mir angestellten Vergleichen, die Zahl der acuten Bronchialcatarrhe im etwas spartanischer organisirten Polizeicommando verhältnissmässig als kleiner herausgestellt hat, wie im Hauptbezirk. Jedenfalls können, wie schon gesagt, auch meine Erhebungen betreffs der Häufigkeit dieser Catarrhe keine absolute Richtigkeit beanspruchen, dürften aber, wie die Sache nun einmal liegt, in Bezug auf eine ganze gemischte, nicht internirte oder anderweitig beschränkte und ausgewählte Bevölkerung, als ziemlich sichere Schätzung aufgefasst werden.

Laut Buch sind in den Jahren 1891 bis incl. 1895: 33,425, im Mittel also jährlich 6685, Krankenbesichtigungen ausgeführt worden (grösseren Theils natürlich im Ambulatorium[7]); die Zahl aller Erkrankungen ist aus der beiliegenden Tabelle I, die Zahl der unter diesen Erkrankungen befindlichen acuten Bronchialcatarrhe aus Tab. II. zu ersehen.

Aus diesen Tabellen geht zunächst hervor, dass sich unter 17994 (im jährlichen Mittel ca. 3600) Erkrankungen: 3254 (im Mittel fast 651) acute Bronchialcatarrhe befanden und also volle 18% aller Neuerkrankungen acute Bronchitiden, resp. Tracheobronchitiden, waren. Diese Zahl erschien mir im ersten Augenblick sehr hoch, namentlich bei Ausschluss der sich auf die Nase, den Pharynx oder Larynx beschränkenden Catarrhe[8]), aber seit ich im eigenen Familien- und Bekanntenkreise, soweit mir dieser immer unter Augen blieb, auch alle Fälle von sogen. «schnell vorübergehendem Erkältungshusten», mit oder ohne Schnupfen, Schlingbeschwerden, und Heiserkeit, die oft garnicht weiter beachtet oder behandelt wurden, notirte, zweifelte ich durchaus nicht mehr an der Richtigkeit derselben. Für die sichere Beurtheilung klimatischer Verhältnisse dürfte es jedenfalls nicht unwichtig sein, auch gerade die scheinbaren Geringfügigkeiten heranzuziehen, sobald sie in imponirender Menge vorhanden sind. Auf die Frage, ob sich unter meinen einfachen Bronchitiden nicht vielleicht auch viele Fälle von Influenza, die uns bekanntlich in den letzten Jahren wiederholt heimgesucht hat, befinden, habe ich zu erwidern, dass gewiss einige, jedoch nur ganz vereinzelte Erkrankungen, namentlich in den ersten Tagen einer Epidemie, falsch rubricirt und später nicht zurechtgestellt sein mögen, dass aber die Influenzazahlen bei mir auch nicht gering sind. Von den 620 Einwohnern meines Hauptbezirkes erkrankten während der grossen, ca. 6 Wochen dauernden Epidemie des Jahres 1889 im November allein 155 Personen (also 25% der Gesammtbevölkerung in einem Monat) an Influenza, während in demselben November noch 21 Bronchitiker in diesem Theil meines Rayons notirt wurden)[9]. Gegen die in den letzten Jahren bei unserem Publikum sehr verbreitete Gewohnheit, alle etwas schwereren Bronchialcatarrhe der epidemischen Grippe zuzuzählen, muss ich ernstlich Verwahrung einlegen und namentlich zu den sporadischen Fällen verhalte ich mich entschieden skeptisch. Der eminent epidemische Charakter und die Initialerscheinungen, die schweren Störungen des Allgemeinbefindens und die langsame Reconvalescenz, endlich das häufige Vorkommen gastrischer und nervöser Symptome, sichern auch ohne den Nachweis der specifischen Bacillen die Unterscheidung der Influenza von gewöhnlichen Bronchitiden und können, wie gesagt, höchstens zu Anfang einer Epidemie übersehen werden.

Durchschnittlich hatte jeder im Rayon Lebende jährlich ca. 3 Erkrankungen, d. h. Gesundheitsstörungen jeglicher Art bei denen ärztlichen Beistand gefordert wurde, und etwa 0,56 acute Bronchialcatarrhe durchzumachen. Die Zahl aller Neuerkrankungen schwankte in den einzelnen Jahren zwischen 3101 und 4102 Fällen (= 2,6 bis 3,5 Erkrankungen pro Person im Jahr), die der acuten Bronchialcatarrhe zwischen 537 und 722, wobei sie aber, wenn nur die ganzen Jahressummen berücksichtigt werden, mindestens 16,6% aller Erkrankungen (anno 1895) oder höchstens 19,6% derselben (anno 1893) ausmachten. Die Männer hatten 37,4% aller Erkrankungen, die Frauen 37,6% derselben und die Kinder nur etwa 25% aufzuweisen, was deutlich erkennen liess, dass die Männer und Frauen etwa gleich viel, die Kinder, allerdings mit Einschluss der günstigen Altersstufe von 10—15 Jahren, weniger Gesundheitsstörungen erlitten; bei Berücksichtigung der Kopfzahl stellt sich sogar das allgemeine Morbiditätsverhältniss so heraus, dass auf jeden Mann etwa 2,9, auf jede Frau 3,4 und auf jedes Kind nur 2,7 Erkrankungen im Jahr fallen. Anders steht es mit den acuten Bronchialcatarrhen; die Männer hatten c. 34,2%, die Frauen 28,6%, die Kinder 37,2% derselben zu tragen, was namentlich bei Berücksichtigung der Kopfzahl, für die Kinder das ungünstigste Verhältniss ergab, denn es kamen jährlich auf jeden Mann 0,49, auf jede Frau 0,46 und auf jedes Kind 0,75 acute Bronchitiden.

In den Tabellen findet man ferner die in jedem Monat vorgekommene Zahl aller Erkrankungen, wie die der acuten Bronchialcatarrhe und habe ich diese Ziffern auf einer Curventafel (Tafel III.) übersichtlicher zu machen versucht. Hinsichtlich der acuten Bronchitiden bemerkt man sofort, wie regelmässig sie im Juli, mit einer einzigen geringen Ausnahme, ihren niedrigsten Standpunkt erreichen; wir hatten dann im Ganzen nur 13—23 neue Fälle zu verzeichnen. Der Juni und August sind darauf die letzten Monate und im ersteren wurde sogar ein Mal (1894) die überhaupt kleinste

[7]) Vielleicht die Hälfte aller Erkrankungen ist, da es sich dann nur um schnell vorübergehende Störungen, um leicht Verletzungen, um Attestirungen, um Abfertigung ins Spital od. dergl. handelte, nur ein Mal ins Journal gekommen, der Rest 2 bis 20 und mehr Mal, dann aber natürlich nicht mehr als neue Erkrankung.

[8]) Nur in den Berichten 1891 und 1892 sind Coryza und Laryngitisfälle mitgezählt, obgleich ihr späterer Uebergang in Bronchialcatarrh nicht ausdrücklich angeführt ist; dieser spätere Uebergang erscheint aber unzweifelhaft, da im Vergleich der Summen mit den Summen der späteren Jahre, wo sich die Buchführung hinsichtlich der Diagnosencorrectur vervollkommnete, deutlich dafür spricht.

[9]) Die späteren Influenzaepidemien waren viel schwächer, lassen sich aber auch aus den Monatsberichten sofort erkennen; ich hatte im Hauptbezirk mit 620 Einwohnern:

1891	im	September	0	Influenzafälle	und	43	Brronchitiden
—	»	October	29	»	neben	47	»
—	»	November	14	»	»	34	»
1895	»	Januar	0	»	»	65	»
—	»	Februar	65	»	»	88	»
—	»	März	36	»	»	65	»

Ohne die noch kleineren Influenzaepidemien aus dem letzten Quinquennium zu berücksichtigen, lässt sich schon aus obigen Beispielen erkennen, dass eine Verschiebung zu Gunsten der Bronchitis kaum stattgefunden haben kann, da wir im October durchschnittlich 60 Bronchitiden, im Influenzajahr 1891 jedoch nur 47 hatten und der Februar 1895 wohl 13 Bronchitiden mehr als das Mittel aufzuweisen hat, gegen 1894 aber, wo keine Influenza zu verzeichnen war, noch um 8 Fälle zurückstand.

Menge der acuten Bronchialcatarrhe (zehn) notirt; im Allgemeinen bewegten sich die Zahlen beider Monate zwischen diesen 10 und 42. Der Mai und September hatten bereits 23—75 Fälle aufzuweisen, wobei der letztere Monat gewöhnlich der etwas günstigere war. Auch die Herbstmonate October und namentlich November, mit 34—78, waren besser als die Frühlingsmonate April und März, in denen 41—90 Fälle vorkamen. Die schlimmste Zeit ist der Winter, da wir im December, Januar und Februar bis zu 100 und mehr acute Bronchialcatarrhe (allerdings 1 Mal im December auch nur 30) zählten; der ungünstigste Monat war der Januar, in dem wir je 50—106 neue Fälle hatten. Noch instruktiver ist das aus den 5 Jahren gewonnene Mittel:

wir	hatten	durchschnittl.	im	Januar	77,8	acute	Bronchialcat.
»	»	»	»	Februar	75,6	»	»
»	»	»	»	März	73,4	»	»
»	»	»	»	April	68,6	»	»
»	»	»	»	Mai	50,0	»	»
»	»	»	»	Juni	28,6	»	»
»	»	»	»	Juli	19,6	»	»
»	»	»	»	August	28,4	»	»
»	»	»	»	Septemb.	44.0	»	»
»	»	»	»	Oktober	60,0	»	»
»	»	»	»	Novemb.	58,4	»	»
»	»	»	»	Decemb.	66,4	»	»

(s. das Nebenkärtchen auf. Taf. III).

Natürlich liegt die Vermuthung nahe, dass die sommerliche Abnahme der acuten Bronchialcatarrhe der gewöhnlichen allgemeinen Verringerung der Krankenzahl in der wärmeren Jahreszeit proportional sei und habe ich desshalb auf Taf. III. auch das monatliche Steigen und Fallen aller Erkrankungen graphisch dargestellt. Aber es springt bei einem Vergleich der Linien zuförderst in die Augen, dass die Curve der acuten Bronchitiden (mit Ausnahme etwa des Jahres 1891 und der gleich darauf folgenden Monate) eine viel regelmässigere ist; der Juni erscheint, bei Berücksichtigung der allgemeinen Morbidität, 2 Mal als bester Monat, der Juli nur 3 Mal, der August ist 1892 schlimmer als der Mai und sogar als der April, der März desselben Jahres hat unter allen Monaten die meisten Kranken, der Mai nimmt im Jahre 1893 die zweitschlimmste Stelle ein u. s. w. Beim Vergleich beider Durchschnittscurven nimmt man noch weitere Abweichungen wahr; die Gesammtheit der Erkrankungen ist am grössten im Februar, dann im März und folgen jetzt der Reihe nach Januar, April, November, Oktober und zuletzt, als siebenter Monat, erst der December. Es spielen ja beim allgemeinen Krankwerden ausser ungünstigen Witterungsverhältnissen eben auch andere Noxen ihre Rolle, während das Zustandekommen acuter Bronchitiden doch im unverkennbaren Zusammenhange mit der jeweiligen Lufttemperatur und anderen athmosphärischen Erscheinungen des resp. Monats zu stehen scheint. Das geht noch deutlicher aus der auf Taf. IV. befindlichen, vergrösserten Curve hervor, welche ausser der grossen Regelmässigkeit des Sinkens der Bronchitiden vom Januar bis zum Juli und dem fast ebenso regelmässigen Anstieg vom Juli bis zum December (wo nur im November eine ganz kleine Störung der Progression bemerkbar wird), auch den recht wesentlichen Umstand leicht erkennen lässt, dass die durchschnittliche Zahl der acuten Bronchialcatarrhe sich im schlimmsten Monat gegen den besten fast vervierfacht, während die allgemeine Morbidität im Mittel sich vom günstigsten bis zum ungünstigsten Monat nicht einmal verdoppelt. Im Juli bilden die acuten Bronchitiden nur 9,6% aller Erkrankungen, in den kältesten Monaten aber 20—22% derselben, welcher grosse Unterschied bei proportionalem Fallen und Steigen nicht eintreten könnte. Auf Tafel IV. ist auch das Verhalten des Geschlechts (insoweit es Erwachsene betrifft) und des Alters (ob vor oder nach zurückgelegtem 15. Lebensjahre) zur Häufigkeit der Bronchialcatarrhe in den einzelnen Monaten graphisch dargestellt und zeigt diese Curve unter Anderem, dass die Kinder namentlich im Januar, März, Oktober, November und December erkranken; im Juli sinken alle 3 Linien auf den tiefsten Punkt, ganz hört die Neigung zur Acquisition des Leidens aber auch dann bei uns nicht auf.

Indem ich nun versuchen will, den angeführten Zahlenreihen die meteorologischen Verhältnisse des hier in Betracht kommenden Lustrums gegenüberzustellen und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen, muss ich vor Allem darauf aufmerksam machen, dass es natürlich unmöglich war, tägliche oder, geschweige denn, stündliche Beobachtungen zu notiren; meteorologisch existiren ja solche, medico-statistisch nicht. Meine Zahlen sind zu klein für derartige Zusammenstellungen und dürften auch dann, wenn sie 100-fach grösser wären (und also jahrelang für jeden Tag die Menge der hinzugekommenen Erkrankungen aufgezeichnet stände) werthlos bleiben, da eine sichere Anamnese, die richtige Bestimmung des Acquisitionstermins der Erkältung nebst der, von individuellen und zufälligen Bedingungen abhängigen Zeitspanne bis zum Ausbruch des Catarrhs etc. kaum jemals zu eruiren ist.

Die unmittelbaren pathologischen Folgen einer jeden Witterungsschwankung, mochte es sich nun um plötzliche Veränderung der Lufttemperatur, um Zunahme der Windstärke oder dergl. handeln, festzustellen, würde also, selbst wenn die nöthigen Daten existirten, eine unerquickliche Riesenarbeit mit fraglichen Resultaten ergeben und schien es mir daher practisch und durchaus genügend, grössere Zeiträume als je 24 Stunden, d. h. immer je einen Monat für die nöthigen Vergleiche zu wählen. Meinen obigen Zusammenstellungen entsprechend, finden sich daher im Folgenden die meteorologischen Angaben summarisch für die einzelnen Monate von 1891 bis incl. 1895 geordnet. Die Angaben selbst verdanke ich der grossen Freundlichkeit des Physikers unseres meteorologischen Hauptobservatoriums, Herrn R. Bergmann, dem ich hiermit meinen besten Dank für seine vielen Zahlen, Umrechnungen und Erläuterungen ausspreche.

Ueber die zu erwähnenden Daten schreibt mir Bergmann: «sie sind den Annalen des physikalischen Central-Observatoriums von 1891—1895 (Theil II) entnommen und resultiren aus den 3 Mal täglich, nämlich um 7 Uhr Morgens, 1 Uhr Mittags und 9 Uhr Abends, angestellten Beobachtungen. Diese Daten werden gegen solche, die aus häufigeren Beobachtungen, z. B. aus den gegenwärtig für normal gehaltenen stündlichen (Tag und Nacht anzustellenden) abgeleitet werden können, Differenzen aufweisen, welche indessen nur einige Bruchtheile der gegebenen Einheiten betragen und bei dem hier zu verfolgenden, mehr practischen Zweck, kaum in Betracht kommen». Ferner meint er, dass sich auch, vielleicht nicht ganz unerhebliche Differenzen in den Monatsmitteln und — Summen der folgenden Tabellen finden dürften, da er diese nach altem Styl aus den, dem neuen Styl entsprechenden Daten, durch rohe Schätzung (proportionale Theilung der gegebenen neustyligen Mittel und Summen) gewinnen musste. B. hat mir auch die neustyligen Daten mitgetheilt, ich begnüge mich aber, da mein Material nach dem alten Styl gesammelt ist, mit seinen Schätzungen, ohne eine minutiöse Umrechnung aus den Detail-Beobachtungen hier für nöthig zu halten. Von barometrischen Angaben, die zu weit führen dürften und mir nicht den Kern der Sache zu treffen scheinen[10]) habe ich abgesehen, obgleich mir die resp. Zah-

[10]) Herrmann (l. c. pag. 107) meint allerdings, dass ein niedriger Barometerstand das Zustandekommen der Bronchialcatarrhe begünstige, stützt sich dabei jedoch nur auf seine im vorliegenden Falle durchaus nicht genügende Hospitalstatis-

a
d
r
n
i,
s
i-
at
r,
n
n
az
as
se
sh
it
).
s-
er
r-
ar
s-
e-
or
ar
ie
r-
n
r-
er
en
ar
g.
h
en
n-
u-

el
ng

,0
,9
,8
,0
,6
,7

ve
en
m-

ch
ss
he

len auch vorliegen; anzuführen wäre etwa nur, dass sich im Lustrum 1891—95 n. St. die barometrischen Schwankungen bei uns zwischen dem extremen Minimum 721.0[11]) (Februar 1894) und dem extremen Maximum 787.7 (Januar 1893) bewegten, die Jahresmittel wenig untereinander differirten (758 1—760.8) und die Monatsmittel im Januar, wo wir die meisten Bronchitiden hatten, fast immer höher, im Juli, bei der geringsten Krankenzahl, stets niedriger als das jährliche Mittel des Luftdruckes waren. — Ich werde nur die Factoren, welche viel augenscheinlicher zu Epithel-Läsionen der Bronchialmucosa führen können (Wärmegrad, Wassergehalt und Bewegung der Athmosphäre), berücksichtigen und mithin zu den nöthigen ätiologischen Erwägungen heranziehen:

1) die Temperatur der Luft,
2) die relative Feuchtigkeit,
3) die Niederschlagshöhe,
4) die Zahl der Tage mit Niederschlägen überhaupt und die Zahl der Schneetage allein,
5) die vorherrschenden Winde,
6) die Windstärke und die Zahl der Tage, an welchen die Windstärke sehr bedeutend war.

Die Temperatur der Luft[12]).

Die Monatsmittel der Temperatur in St. Petersburg für die Jahre 1891—1895 (alten Styls) ersieht man aus der folgenden Tabelle:

Monate[13])	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Mittel:
1891	−5,4	−3,1	1,1	6,8	12,4	17,0	15,5	11,1	7,0	−1,7	−3,7	−8,0	4,08
1892	−9,1	−6,1	−0,9	6,3	11,2	15,2	15,5	12,8	6,6	1,0	−7,1	−13,7	2,64
1893	−16,5	−9,0	−1,7	5,4	12,9	16,1	15,8	11,0	7,5	1,1	−2,7	−3,7	3,01
1894	−3,9	−3,3	3,0	9,3	13,7	16,4	16,4	10,1	3,8	1,0	−2,2	−6,9	4,78
1895	−12,7	−8,4	−0,3	8,0	14,6	16,7	16,1	12,2	7,8	2,9	−3,7	−6,3	3,90
Mittel:	−9,52	−5,98	0,24	7,16	12,96	16,28	15,86	11,44	6,54	0,86	−3,88	−7,72	3,68

Das Jahresmittel unserer Lufttemperatur (nach altem Styl = 3.68) schwankte also zwischen 2.64 u. 4.78°C und gleichen sich die Monatsmittel natürlich noch viel weniger; wir hatten z. B. im Januar 1894 eine Durchschnittstemperatur von — 3.9, im vorhergehenden Jahre von — 16.5° und im December 1893 nur — 3.01 gegen — 13.7° im December 1892. Sehr gleichmässig waren die Wärmeverhältnisse nur im Juli, wo die Differenzen der Mittel nicht einmal 1° erreichten; der Juni hatte in drei Fällen höhere Temperaturen aufzuweisen, als der Juli. Sehr prononcirt tritt bei Betrachtung des 5-jährigen Durchschnitts der Monatsmittel die Regelmässigkeit hervor, mit welcher die Lufttemperatur vom Januar bis zum Juni steigt und dann bis zum December wieder fällt, wobei in drei Fällen die grösste Kälte im letzten Monat des Jahres beobachtet wurde. Wie weit die Zahl der Bronchitiden von der jeweiligen Lufttemperatur abhängig ist, geht anschaulicher aus der beigelegten Curventafel (Taf. V) hervor, auf der die dünne schwarze Linie die Temperatur, die dicke schwarze die Bronchitidenfrequenz ergiebt. Taf. V. zeigt, dass in 57 mit einander verglichenen Monaten[14]) 43 Mal (= c. 75%) ein gleichzeitiges Sinken oder Steigen von Temperatur und Bronchitidenfrequenz zu verzeichnen war, nur in 14 Fällen (= c. 25%) das Gegentheil stattfand und diese unverkennbare Entente besonders schön in der wärmeren Jahreszeit, aber auch im Winter 92/93 und dann auf dem Nebenkärtchen mit dem Mittel für alle 5 Jahre, in die Erscheinung tritt[15]).

Da nun aber die Ab- oder Zunahme der Bronchitisfälle bei 25% der Monate nicht mit dem Steigen oder Sinken der Lufttemperatur übereinstimmt und das Verhalten beider Linien namentlich im Winter 91/92 sehr auffallend ist, musste noch nach weiteren Schädigungsfactoren gesucht werden. Von Bedeutung in dieser Beziehung könnte zunächst der jeweilige Wassergehalt der Athmosphäre bei gleichzeitiger niedriger Lufttemperatur sein und führe ich daher vor Allem die Daten über die relative Feuchtigkeit und die Niederschläge an. Vergleiche der Bronchitidenfrequenz mit der absoluten Feuchtigkeit habe ich nicht angestellt, da das Vermögen eines Luftvolums für Wasseraufnahme von der jeweiligen Temperatur abhängt und gerade in den kalten Monaten, auf die es hier in erster Reihe ankommt, nur gering ist. Herrmanns Zusammenstellung (l. c. pag. 110) ergaben denn auch dass die Bronchialcatarrhe sich zur absoluten Feuchtigkeit ganz umgekehrt verhalten wie zur relativen und grosse Häufigkeit dieser Erkrankungen immer mit geringer absoluter Feuchtigkeit zusammenfällt.

Die relative Feuchtigkeit der Luft.

Die für den alten Styl roh geschätzten Monatsmittel der relativen Feuchtigkeit nach Procenten der Sättigung sind aus folgender Tabelle ersichtlich:

Monate	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Mittel
1891	86	80	68	67	65	66	74	80	86	86	89	89	78,0
1892	88	83	76	69	71	73	77	79	82	86	88	87	79,9
1893	89	83	74	63	59	67	72	80	83	85	89	90	77,8
1894	88	83	71	67	66	66	74	80	84	91	89	90	79,0
1895	90	86	79	63	65	73	71	74	82	84	88	89	78,6
Mittel	88,2	83,0	73,6	65,8	65,2	69,0	73,6	78,6	83,4	86,4	88,6	89,0	78,7

tik. Meine eigenen Zählungen scheinen eher das Gegentheil zu constatiren, worauf ich aber, bei der von mir im vorliegenden Falle angenommenen Belanglosigkeit des Barometerstandes, kein Gewicht lege und hier nicht weiter ausführen will.

[11]) Millimeter, auf 0°t und auf Normalschwere (d. h. die Schwere des Hg in 45° geographischer Breite) reducirt.

[12]) Ueberall in Celsius-Graden.

[13]) die Monate von Januar bis December sind hier und auf den folgenden Tabellen mit den Ziffern 1—12 bezeichnet.

[14]) 2 Monate konnten wegen Unbeweglichkeit der Curve nicht berücksichtigt werden und für den 60-sten Monat fehlen die resp. Angaben, da hier weder die Zahlen für den December 1890 noch die für den Januar 1896 vorliegen.

[15]) Auch Herrmanns Zahlen (l. c. pag. 108), obgleich unsicherem Material entnommen, beweisen unzweifelhaft, dass niedrige Lufttemperaturen die Entwickelung der Catarrhe begünstigen.

Die Jahresmittel unserer relativen Feuchtigkeit (nach altem Styl durchschnittlich = 78.7) schwanken in den engen Grenzen zwischen 78.0 und 79.9% und fällt dieser hohe Wassergehalt der Luft, wenn wir die einzelnen Monatsmittel und noch keineswegs die einzelnen Tage berücksichtigen, nicht unter 59% (im Mai 1893), steigt aber häufig, d. h. 6 Mal, auf 89%, 3 Mal auf 90% und 1 Mal (October 1894) sogar auf 91%. Interessant ist beim Vergleich aller Monatsmittel für 5 Jahre auch hier die grosse Regelmässigkeit mit der die Zahlen vom Januar bis zum warmen Jahreszeit kleiner werden, allerdings schon im Mai ihren niedrigsten Stand erreichen und dann, bis zum December, sich wieder vergrössern; auch in den einzelnen Jahren lässt sich diese Erscheinung fast überall constatiren, da nur 2 Mal schon im April weniger als im Mai und je 1 Mal im October und November mehr als im December relative Feuchtigkeit zu verzeichnen war. In wie weit zwischen der Wassermenge der Athmosphäre und der Bronchitidenfrequenz Harmonie besteht, habe ich eben falls auf Tafel. V. (punktirte Linie) anschaulicher zu machen gesucht und findet man denn auch sofort aus dieser Curve heraus: wie jedes Mal niedrige Temperatur und hohe relative Feuchtigkeit Hand in Hand gehen, um sehr häufige Erkrankungen an Bronchialcatarrch nach sich zu ziehen [16]). Im Januar 1893 fielen die Maximalhöhen der relativen Feuchtigkeit und der Kälte mit dem Culminationspunkte der Bronchitidenfrequenz genau zusammen, im Januar 1894 entsprach der Letztere vollkommen der niedrigsten Temperatur, nicht aber ganz dem Gipfel der relativen Feuchtigkeit, welcher bereits im December erreicht worden war und in den übrigen Jahren macht sich folgendes Verspäten der Catarrhe bemerkbar: 1893 kommt es erst 3 Monate nach dem höchsten Kälte- und relativen Feuchtigkeitsstande zum Maximum der Bronchitiden, ebenso 1892 hinsichtlich der rel. Feuchtigkeit und zum Theil auch hinsichtlich des Temperaturminimums, welches 2 Monate früher notirt wurde; endlich 1895 verspätete das Maximum der Catarrhe dasjenige der Kälte um einen Monat, das der relativen Feuchtigkeit auch um einen, resp. um 4 Monate, wenn wir den vorhergehenden October mit seiner ganz exceptionellen Feuchtigkeitshöhe in Betracht ziehen wollen. In 56 mit einander verglichenen Monaten [17]) fand 34 Mal (= c. 61%) Uebereinstimmung im Sinken oder Steigen der relativen Feuchtigkeit und der Bronchitidenfrequenz, 22 Mal (= c. 39%) das Gegentheil statt und gleichzeitiges Fallen oder Emporgehen aller 3 Curven wurde 33 Mal, d. h. bei fast 60%, beobachtet. Immer nimmt nach der guten Jahreszeit zuerst die relative Feuchtigkeit der Luft zu, dann tritt wachsende Kälte ein und erst jetzt, zuweilen allerdings recht spät, vergrössert sich auch die Zahl der Bronchialcatarrhe. Im Allgemeinen kann man daher sagen, dass hohe relative Feuchtigkeit für sich allein nicht schädlich wirkt, wohl aber die Entwickelung niederer pathogener Organismen auf der Schleimhaut der Respirationsorgane begünstigen dürfte; sind jedoch diese Organismen einmal sehr verbreitet, so ist es desto sicherer, dass sie bei jeder Epithelläsion durch Kälte in die Mucosa gelangen und den Catarrh erzeugen werden. Zur Klärung der Frage, ob überhaupt der Wassergehalt der Luft selbstständig Verletzungen des Schleimhautepithels und hiermit Eintrittspforten für die Bacterien zu schaffen im Stande ist, wird vielleicht auch ein Vergleich der Zeiten athmosphärischer Wasserübersättigung mit der jeweiligen Bronchitidenfrequenz beitragen und führe ich daher die resp. Zahlen an.

Die Niederschlagshöhe in Millimetern für den alten Styl roh geschätzt, ergab folgende Monatssummen:

Monate	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Jahres-summe	Monats-mittel
1891	22,1	25,3	12,8	27,8	48,9	30,5	88,6	57,4	17,6	21,9	42,0	24,7	419,6	34,96
1892	25,0	6,0	18,1	46,6	146,3	63,2	113,6	55,2	32,3	34,1	40,2	36,8	617,4	51,45
1893	31,3	20,5	11,0	13,9	30,3	96,5	80,0	153,9	53,4	43,1	42,4	22,3	598,6	49,88
1894	26,3	20,9	13,9	40,7	88,7	75,7	125,2	108,2	13,8	70,4	28,0	28,6	640,4	53,36
1895	27,6	17,5	23,7	13,0	66,4	67,9	36,8	82,7	41,9	64,9	10,1	26,4	478,9	39,90
Mittel	26,46	18,04	15,90	28,40	76,12	66,76	88,84	91,48	31,80	46,88	32,54	27,76	550,98	45,91

(Schluss und 5 Tabellen folgen).

[16]) Herrmann (l. c. pag. 109) sagt, dass von 21 Monaten welche eine grosse Zahl von Bronchialcatarrhen aufwiesen, 20 mit hoher relativer Feuchtigkeit zusammenfielen und kein Monat der viele Erkrankungen dieser Art hatte, eine geringe relative Feuchtigkeit zeigte.

[17]) 3 Monaten zeigten Unbeweglichkeit der Curve und für den 60-sten Monat fehlen, aus dem oben angegebenen Grunde, die nöthigen Daten.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

1260. Sitzung am 21. Oktober 1896.

1. Herr Westphalen hält einen Vortrag «Ueber die objective Untersuchung des Magens».

I. Inspection.

Sichtbare und fühlbare peristaltische, unter Umständen auch antiperistaltische Bewegungen des Magens können gedeutet werden:

a) als peristaltische Unruhe des Magens (Kussmaul) bei normaler und sogar gesteigerter motorischer Function des Organs. Solche Fälle müssen als reine Neurosen angesehen werden.

b) Als der Ausdruck einer gesteigerten muskulären Thätigkeit des Magens, als ein Anstürmen desselben gegen ein Hinderniss in der Gegend des Pylorus. Gewöhnlich sehen wir hierbei, dass jedoch die geleistete Arbeit keineswegs den Anforderungen entspricht, der Mageninhalt trotz verstärkter Muskelthätigkeit stagnirt. In diese Gruppe dürften auch die augenscheinlich sehr seltenen Fälle eingerechnet werden, bei denen das Hinderniss in einer spastischen Contraction des Pylorusringes besteht, die wieder ihrerseits die gesteigerten peristaltischen Bewegungen des Magens bedingt. Solche spastische Contractionen des Pylorus haben ihr Analogon in dem entschieden häufiger zu beobachtenden Spasmus cardiae, und

sind, wie auch dieser letztere, als die Theilerscheinung einer allgemeinen Neurose anzusehn.

2. Eine Vorwölbung des Epigastrium muss auf vermehrte Gasspannung im Magen oder Colon transversum bezogen werden, bedeutet eine Tympanie des Magens (Neurose) oder eine Atonie und Tympanie des Dickdarmes. Namentlich das letztere ist eine ganz seltene Erkrankungsform des Darmes, welche sehr leicht mit einer chron. Magenkrankheit verwechselt werden kann, da dieselbe vorzugsweise Magensymptome zeigt, welche sehr gut im Stande sind, die ursprüngliche und ursächliche chron. Obstipation zu verdecken. Im gegebenen Falle entscheidet darüber, ob es sich um abnorme Gasspannung im Magen oder im Darme handelt, entweder die Einführung der Schlundsonde oder die Percussion des Abdomen nach Kernig[1]) bei Lagewechsel des Patienten.

II. Palpation.

1. Das objective Gefühl einer im Epigastrium stark pulsirenden Aorta ist bis zu einem gewissen Grade diagnostisch zu verwerthen, dort wo eine Pulsatio epigastrica im engern Sinne des Wortes, z. B. bei Tiefstand des Zwerchfells, Herzfehler, Aneurysmen der Bauchaorta etc. ausgeschlossen werden kann, und wo das Pulsationsgefühl von dem Patienten selbst subjectiv empfunden wird. Solches beobachten wir besonders häufig bei Magenneurosen vielleicht deshalb, weil gerade bei Abdominalneurosen der Darm oft relativ luftleer gefunden wird und dadurch möglicherweise eine bessere Leitungsfähigkeit für die Pulsation der Aorta hergestellt wird, möglicherweise spielen jedoch hier auch rein vasomotorische Vorgänge mit.

2. Luftkissenartiges Gefühl des Epigastirum wird oft als Zeichen einer Magendilatation angegeben. Solches trifft nicht zu, da besagtes Symptom gerade bei der Myasthenie des Magens ganz besonders schön gefunden wird. Dasselbe beweist nur, dass der Tonus der Magenwand, speciell der Muscularis herabgesetzt ist.

3. Das Gleiche gilt auch vom Magenplätschern, welches gleichfalls oft für ein Zeichen einer Magendilatation angesehen wird. Es muss daran erinnert werden, dass objectiv fühlbares Plätschern in dem Magen eines jeden Menschen mit nicht zu dicken Bauchdecken unmittelbar nach dem Genusse von 1—2 Glas Flüssigkeit gefühlt werden kann, am schönsten bei einem myasthenischen Magen. Eine diagnostische Bedeutung kann demselben zukommen: 1) wenn dasselbe verhältnissmässig spät nach dem Genusse der Flüssigkeit gefühlt wird, mithin eine mechanische Insufficienz des Magens anzeigt; b) zum Zwecke einer topographischen Lage- und Grössenbestimmung des Magens. Es gelingt nicht selten aus der räumlichen Ausbreitung des fühlbaren Plätschergeräusches bei Horizontallage des Pat. die obere, rechte und untere Magengrenze zu bestimmen. Die linke Grenze entzieht sich begreiflicherweise der Beurtheilung, da dieselbe hinter dem linken Hypochondrium belegen ist. Stets muss das durch Bestimmung der Plätschergrenze gefundene Resultat durch die Percussion des hellen tympanitischen Magenluftschalles controlirt werden.

4) Tumoren. Zu berücksichtigen ist hierbei: a) ob der Tumor respiratorisch verschieblich ist, was allen Magentumoren zukommt, soweit dieselben nicht mit dem Retroperitoneum verwachsen sind; b) welche Lageveränderung der Tumor beim Anfüllen des Magens oder Darmes mit Luft oder Flüssigkeit erleidet. Wie Minkowski ursprünglich gezeigt hat, pflegen Tumoren der Bauchhöhle hierbei an den Ort ihrer Entstehung zurückzukehren. Pylorustumoren bewegen sich hierbei nach rechts oben oder rechts unten; c) ob der fragliche Magentumor mit der Leber oder Milz verwachsen ist, was namentlich in operativer Hinsicht von Bedeutung sein kann. Zur Klarstellung dieses empfiehlt Minkowski[2]) den Pat. tief inspiriren zu lassen, wobei der fragliche Tumor herab steigt; hierauf denselben mit den Fingern am exspiratorischen Wiederhinaufsteigen zu verhindern. Gelingt solches, so ist daraus der Beweis gegeben, dass der Tumor keinen Zusammenhang mit den erwähnten Organen besitzt.

5) Druckempfindlichkeit im Epigastrium.

a) Diffuse D., dieselbe dürfte in höherem Grade nur bei der phlegmonösen Gastritis beobachtet werden, in der grössten Mehrzahl der Fälle jedoch auf den linken Leberlappen bezogen werden.

b) Circumscripte D.

α) Zunächst beim Magenulcus. Als charakteristisch sind nach Boas für Ulcus anzusehn: eine dorsale Druckempfindlichkeit links neben der Wirbelsäule auf der Höhe des 11—12 B. W., und eine epigastrale genau in der Mitte des Epigastrium, ferner der Umstand, dass eine Prüfung der Druckempfindlichkeit mit Boas' Algesimeter ergiebt, dass schon geringere Belastungsgrade eine starke Schmerzempfindung bewirken. Ref. hat gefunden, dass letzteres Symptom, ebenso wie auch die dorsale Druckempfindlichkeit wenig constante Symptome des Ulcus sind, auch hinsichtlich des epigastralen Druckschmerzes glaubt Ref., dass derselbe sehr leicht mit einem druckempfindlichen Plexus solaris verwechselt werden kann, und würde im Gegentheil eher eine umschriebene Druckempfindlichkeit rechts oder links von der Mittellinie neben anderen Symptomen für die Diagnose eines Ulcus verwenden.

β) Eine bei weitem grössere, wenn auch nicht ausschliessliche Bedeutung spec. für die Diagnose von Abdominalneurosen räumt Ref. den sog. Burkartschen Punkten ein d. h. einer umschriebenen Druckempfindlichkeit des Pl. solaris (in der Medianlinie in der Mitte zwischen Proc. xiph. und Nabel) bei Magenneurosen besonders, und einer solchen des Pl. aorticus (l. vom Nabel) bei Darmneurosen. Hierzu gesellt sich oft noch eine Druckempfindlichkeit des Pl. hypogastr. sup. in der Gegend der Theilungsstelle der Aorta in die Iliacae. Von Andern, (Ewald, Hosslin) wird die diagnostische Bedeutung der gesteigerten Druckempfindlichkeit genannter Punkte für sehr gering veranschlagt.

III. Grössen- und Lagebestimmung des Magens.

Die gangbarsten Methoden sind oder waren:

1) Die Auftreibung des Magens durch CO_2-entwickelung in demselben (Friedreich) und

2) Die Modification dieser Methode nach Ewald, indem die zur Aufblähung des Magens erforderliche Luft mittels Gebläses durch ein Schlundrohr eingeführt und hierauf die wieder zurücktretende Luft volumetrisch bestimmt wird. Werthe die 1600—1800 ccm übersteigen, müssen hierbei als pathologisch angesehen werden.

Gegen beide Methoden lässt sich einwenden, dass namentlich die letztere nicht genau ist, indem stets, wie Ost gezeigt[3]) hat, ein Theil der Luft in den Darm rasch übertritt und für die Bestimmung verloren geht; der ersten Methode kann zur Last gelegt werden, dass dieselbe unter Umständen bei bestehendem Ulcus gefährlich werden kann.

3. Sondenpalpation nach Leube.

4. Sondenpalpation nach Boas[4]) (Einführung eines langen nicht zu weichen Nelaton'schen Schlundrohres, welches in den Magen gelangt, sich der grossen Curvatur anlegt und dem Verlauf dieser folgend an die kleine Curvatur anstösst). Bei nicht zu dicken Bauchdecken, soll die Sonde gut palpirbar sein und die Lagerung der grossen Curvatur anzeigen. Nach Schmilinsky[5]) giebt die Methode gute Resultate.

5) Von Wegele[6]) ist der Vorschlag gemacht worden, diese Sonde mit einer Metallspirale im Innern zu versehen und dieselbe im Magen liegend einer Durchleuchtung mit Röntgenschen Strahlen auszusetzen, wobei gleichzeitig eine am Nabel befestigte Münze die Beziehung der Sonde zum Nabel zeigen soll.

6. Die Magendurchleuchtung. Ueber den Werth derselben cf. Protokoll der letzten Sitzung.

7. Methode der Bestimmung der Grösse und Topographie des Magens nach Obraszow[7]) aus der palpatorischen Ausdehnung des Plätschergeräusches nach Genuss von Flüssigkeiten.

8) Percussion des Magens im Stehen bei verschiedener Flüssigkeitsbelastung desselben (Dehio — Taube[8]).

Ref. combinirt stets beide letzteren Methoden und bedient sich fast ausschliesslich derselben, der Plätschermethode Obraszow's in Horizontallage des Pat., wobei stets die gefundenen Grenzen durch Percussion der oberhalb der Flüssigkeit belegenen Luftschicht zu controlliren sind. Es gelingt dabei vielleicht besser, als mit irgend einer der anderen genannten Methoden die obere Grenze des Magens festzustellen und dadurch eine Gastroptose von einer Gastrectasie zu unterscheiden. Die Methode Dehio-Taube's in Vertikalstellung des Pat. giebt uns rasch ein Urtheil darüber, ob bei verschiedener Belastung des Magens mit Flüssigkeiten die untere Magengrenze mehr oder weniger tief herabsinkt, ob die Magenwand mehr oder weniger atonisch ist.

Schliesslich braucht es uns auch gar nicht so sehr darauf anzukommen zu bestimmen, ob ein Magen mehr oder weniger gross ist, da ja bei Berücksichtigung der Magengrösse allein auch eine Megalogastrie unbedingt eine Gastrectasie vortäuschen muss. In praxi dürfte es, die Fälle von sog. Cirrhosis ventriculi ausgenommen, viel weniger darauf ankommen, ob ein Magen normal gross, klein oder vergrössert ist, als viel-

[1]) Petersb. med. Wochenschr. 1889 № 48.

[2]) Berl. kl. Wochenschr. 1888 № 31.

[3]) Beitrag zur Bestimmung der Capacität des Magens. Diss. Dorpat. 1891.

[4]) Ref. D. med. Zeitung. 1896. № 22 und Centralblatt für innere Med. 1896. № 6.

[5]) Arch. für Verd. Kranh. II. Heft 2.

[6]) D. med. Wochenschr. 1896. № 18.

[7]) Arch. für klin. Med. Bd. 43.

[8]) VIII. Congress f. innere Medicin. 1888. Taube, Dissert. Dorpat. 1887.

mehr ob derselbe in chemischer und namentlich in motorischer Hinsicht normal functionirt.

IV. Expression und Untersuchung des Mageninhalts.

Zur Expression bedient sich Referent stets eines weichen Gummischlundrohres und exprimirt gewöhnlich ¾—5/4 Stunden nach Einnahme eines Probefrühstückes Ewalds. Zweckmässig erscheint es unter Umständen den Pat. am Abend etwas Spinat oder Fleisch geniessen zu lassen und am nächsten Morgen 1 St. nachdem P. F. zu exprimiren. Dabei kann eine gröbere Stagnation der Ingesta sehr leicht an dem Vorhandensein von Spinat odee Muskelfasern (mikroskopisch!) erkannt werden.

1) Aussehen des Exprimirten.

a. Stagnirender Inhalt.

b. Zähe Beschaffenheit der Ingesta und geringe Verarbeitung derselben weist auf HClmangel hin, das Gegentheil

c. eine püréeartige Beschaffenheit der Speisen spricht für reichliche HCl abscheidung. Augenscheinlich dringt die HCl in das Innere der Brodtheile, löst die die Stärkekörner zusammenhaltende Eiweishülle und bewirkt dadurch eine rasche Verkleinerung derselben.

d. Dünnflüssige Beschaffenheit der Ingesta und Ueberwiegen der Flüssigkeit deutet auf Gastrosuccorrhöe hin.

e. Grünfärbung auf die Anwesenheit von freier HCl, durch welche etwa in den Magen zurücktretendes Gallenbilirubin in Biliverdin umgeändert wird.

f. Dreischichtung des Exprimirten (unten-Nahrungstheile, in der Mitte-Flüssigkeit, oben- mit Gasblasen untermischte Speiseschicht) spricht für Gas- (Hefe) gährung bei gleichzeitiger Stagnation der Ingesta in meist hyperaciden Mägen.

g. Schleim. Hierbei ist darauf zu achten, ob der Schleim auf dem Wasser schwimmt oder nicht, im ersten Falle ist derselbe mit Luftblasen vermengt und stammt dann gewöhnlich aus den Respirationswegen oder der Mundhöhle, im zweiten Falle meistens aus dem Magen selbst.

Vermehrung von Magenschleim findet sich bei der Gastritis mucosa, Abwesenheit von Schleim kann neben andern Zeichen für Anadenie des Magens sprechen.

2. Chemische Untersuchung des Exprimirten. Es empfiehlt sich die qualitative Untersuchung am filtrirten, die quantitative am unfiltrirten Mageninhalt vorzunehmen. Allerdings tritt am filtrirten Inhalt der Farbenumschlag bei der Titration viel schärfer auf, andererseits jedoch giebt die quantitative Bestimmung des unfiltrirten Speisebreies richtigere und höhere Werthe, da wie Martius und Lücke[9]) gezeigt haben, augenscheinlich innerhalb der Speisebröckel nicht unbeträchtliche HClmengen zurückgehalten werden, welche der Magenflüssigkeit fehlen.

Der verschiedenen chemischen Methoden giebt es sehr viel, die mehr oder weniger genaue Resultate geben. Für practische Zwecke empfiehlt Ref. folgendermassen vorzugehen.

1. Qualitative Prüfung:

a. Lakmuspapier

b. freie HCl (Phloroglucin - Vanillin, Diamethylamidoazobenzol).

c. Milchsäure (Uffelmanns Reagenz, sehr verdünnte Eisenchloridlösung): nur das Auftreten einer zeisiggelben Farbe ist characteristisch, Rothfärbung weist auf die Anwesenheit von Speichel (Rhodanverbindung) hin. In zweifelhaften Fällen empfiehlt es sich, die Milchsäure mit Aether auszuschütteln, letzteren zu verdampfen, den Rückstand in Wasser aufzunehmen und nochmals mit Eisenchlorid zu prüfen.

d. Maltose (Trommers Reaction) beweist, dass eine gute Speichelfermentation stattgefunden hat. Die Reaction fällt infolgedessen bei hypersecernirenden hyperaciden Magensäften meist schwach aus.

e. Pepton (Biuretprobe mit stark verdünnter Kupfersulfatlösung nach vorangehender starker Alkalisirung der Probe mit conc. Ka OH) beweist, dass dem Magen peptisches Vermögen inne wohnt.

2. Quantitative Prüfung.

a. Gesammtacidität wird geprüft durch Titration mit 1/10 Normal NaOH.

Indicator: ½% alkoh. Phenolphtaleinlösung, die gefundenen Werthe schwanken unter normalen Verhältnissen ¾—5/4 Stunde p. P. F. zwischen 60—70.

[9]) Martius und Lücke. Die Magensäure des Menschen. 1892.

Die Gesammtacidität setzt sich zusammen aus der

α) sauren Phosphaten. Dieselben sind jedoch so gering, dass ihre Menge füglich vernachlässigt werden kann,

β) der freien HCl. Dieselbe bestimmt man am besten durch Titration mit 1/10 Normal — NaOH. Indic. nach Töpfers[10]) Vorschlag ¼—½% alkoh. Dimethylamidoazobenzollösung.

Endpunkt der Reaction, wenn die Flüssigkeit strohgelb geworden ist. Der gefundene Werth mit 0,00365 multiplicirt giebt HCl in Procenten an (normal 0,1—0,2%).

γ. Der an die Albuminate gebundenen HCl. Dieselbe bestimmt man nach Töpfers Vorschlag durch Titration mit Normal NaOH. Ind. 2% wässrige Lösung von alizarinsulfonsaurem Na Endpunkt der Reaction im Moment der Violettfärbung der Flüssigkeit. Der gefundene Werth vom Werthe der Gesammtacidität subtrahirt giebt den Werth für die gebundene HCl.

δ. Organische Säuren, unter denen die Milchsäure die grösste Bedeutung hat. Ihre approximative quantitative Berechnung ermöglicht das Vorgehen von Strauss (Berl. kl. W. 1895, Nr. 37).

Bekanntlich ist über die Bedeutung der Milchsäure, namentlich in den letzten Jahren, viel gestritten worden, seitdem Boas geglaubt hat in dem Auftreten derselben ein sicheres diagnostisches Merkmal des Magencarcinoms erkannt zu haben. Diese Auffassung ist mit Sicherheit widerlegt und ist als feststehend anzusehen, dass die Milchsäure das Product bacterieller Thätigkeit ist, wobei verschiedene Species in Frage zu kommen scheinen, dass dieselbe stets nur im stagnirenden Mageninhalt auftritt, dass sie nur bei sehr geringer oder gänzlich fehlender freien HCl abscheidung gebildet werden kann.

Ihr häufiges Auftreten beim Carcinom erklären Strauss und Bialacour[11]) dadurch, dass zunächst bei dieser Krankheit durch gastritische Erkrankung der ganzen Magenmucosa relativ früh die Abscheidung der HCl verringert wird und das Carcinom durch seine unregelmässige geschwürige Oberfläche eine vorzügliche Haftfläche für die Bakterien abgiebt.

b) Quantitative Pepsinreaction. Am einfachsten bestimmt man die Grösse der Pepsinausscheidung nach Pawlow durch Einlegen calibrirter Verdauungsröhrchen mit eingeschlossenem coagulirtem Hühnereiweiss in den filtrirten Mageninhalt bei Brütofentemperatur, nachdem vorher der nöthige (0,1—0,2%) Procentgrad der HCl acidität hergestellt ist. Nach 24-h lässt sich die verdaute Eiweissmenge direct ablesen.

c. Gährungsprobe. Dieselbe wird mit unfiltrirtem Mageninhalt bei Traubenzuckerzusatz im Gährungsröhrchen im Thermostatem vorgenommen.

3. Mikroskopische Untersuchung.

Fetttropfen, Fettsäurenadeln, Sarcine weisen auf Stagnation hin.

Jaworski's Zellen (Leukocyten, bei denen durch Verdauung die Kerne sehr deutlich hervortreten) finden sich bei Anwesenheit freier HCl, besonders im hyperaciden Magensafte. Blut muss oft durch Teichmanns Haeminprobe controlirt werden, Hefezellen gehören zum regelmässigen Befunde, lange Bakterien werden in grosser Menge im anaciden stagnirenden Mageninhalte (bei Carcinom am häufigsten) gefunden. Dieselben scheinen in näherer Beziehung zur Milchsäurebildung zu stehen.

4. Bakteriologische Untersuchung

wird noch wenig geübt, da die Cultur der Mikroorganismen des Magens besonderen Schwierigkeiten begegnet und besondere Präparationen der Nährböden verlangt. Jedoch scheint, nachdem die Beziehungen einzelner Bakterienarten zur Milchsäurebildung, diejenigen des Bac. col. com. zur SH_2 production (Strauss) erkannt worden sind, der Zukunft eine grössere Anwendung der Bakteriologie für die Klinik der Magenkrankheit vorbehalten zu sein.

V. Prüfung der Motilität des Magens.

Dieselbe ist besonders wichtig, seitdem wir gelernt haben, dass für die Pathologie der Magenkrankheiten die Aenderung des Magenchemismus viel weniger massgebend ist, als diejenige der Motilität, namentlich die Herabsetzung der motorischen Energie des Magens.

Methoden zur Prüfung derselben sind:

1. Salolprobe von Ewald-Sivers[12]). Dieselbe gründet sich darauf, dass das Salol den Magen ungelöst passirt und erst im Darm eine Spaltung in Phenol und Salicylursäure erleidet, letztere tritt rasch in den Harn über und kann in demselben durch Eisenchlorid nachgewiesen werden. Tritt

[10]) Zeitschr. für physiol. Chemie. 1894. XIX Bd. Heft 1.

[11]) Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 28.

[12]) Therap. Mon. Hefte 1887. Aug.

die Reaction später als 1/4—3/4 Stunde nach der Einnahme von 1,0 Salol ein, so würde solches für ein abnorm langes Verweilen des Salols im Magen sprechen. Diese Probe hat eine Modification durch

2) Huber[13]) erfahren, welcher das Verschwinden der Reaction für bezeichnend hält und vom normal functionirenden Magen verlangt, dass kein Salol später, als 24 St. im Harn nachweisbar sei.

3) Oelmethode von Klemperer[14]). In den leergespülten Magen werden 100 ccm. reinen Mandelöles eingeführt und nach 2 Stunden zurückgespült. Die Differenz, normaliter 70—80 ccm., giebt den Ausdruck für die motorische Leistungsfähigkeit des Magens.

4. Einhorns Gastrograph (Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 27),

5. hat Matthieu (Arch. f. Verd. Kr. I. Bd. Heft 4) eine sehr complicirte Methode angegeben, welche nicht allein die motorische Function des Magens quantitativ bestimmt, sondern auch eine Schätzung der vom Magen secernirten Flüssigkeit ermöglicht.

6. Ref. übt als einfachste und gleichzeitig gewissermassen physiologische Methode die Bestimmung der Magenmotilität nach Leube, spült 7 Stunden nach Genuss eines Probemittages, bestehend aus 1 Teller Suppe, 2 Coteletten, 2 Kartoffeln, 1 Brödchen, 1 Glas Mineralwasser mit Wein, den Magen leer. Finden sich keine Residuen der Mahlzeit hierbei vor, so functionirt der Magen motorisch normal, finden sich hingegen wohl noch Speisenrückstände vor, ist aber der Magen noch im Stande eine Abendmahlzeit (Fleisch, Spinat) über Nacht hinauszuschaffen, so dürfte nach Boas's Terminologie der I. Grad der Mageninsufficienz vorliegen, der II. Grad dann, wenn auch am Morgen Reste der Abendmahlzeit gefunden werden.

Diese Methode hat noch den Vortheil, dass man aus der Art der Rückstände bei der Spülung (Fleisch oder Kohlenhydrate) gleichzeitig darüber unterrichtet ist, welche Nahrungsbestandtheile vom gegebenen Magen besser verdaut werden als andere.

VI. Prüfung der Resorptionsverhältnisse des Magens.

Probe von Penzoldt: 0,1—0,2 Jodkali in Gelatinkapseln genommen, treten unter normalen Resorptionsverhältnissen im Magen nach 10—15 Min. — unter pathologischen später in dem Speichel auf (Nachweis: Stärkekleisterpapier mit rauchender Salpetersäure befeuchtet bläut sich bei Anwesenheit von Jod im Speichel).

VI. Urinuntersuchung.

Hat keinen klinischen Werth, unter Umständen kann durch secundäre Darmgährung bei primären Magenkrankheiten das Indican oder die Aetherschwefelsäuren vermehrt gefunden werden. Bei Hyperchlorhydrie findet man eine Abnahme der Chloride und eine relative Zunahme der Phosphate im Harn.

VII. Blutuntersuchung.

In neuerer Zeit ist von Schneyer (Zeitschr. f. kl. Med. 27), der Vorschlag gemacht, das Auftreten oder Nichtauftreten der Verdauungsleukocytose (Reaction auf die Resorption des Peptons aus dem Magen) zur Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom zu verwenden, sie pflegt bei dem Carcinom wegen der concomitirenden Gastritis zu fehlen. Ref. besitzt darüber keine eigenen Erfahrungen, jedoch will es ihm scheinen, dass diese Probe mit der viel einfacheren Jodkaliprobe Pentzoldt's zusammenfällt und auch bei der Anadenie des Magens ähnliche Resultate geben müsste, wie bei dem Magencarcinom.

Discussion.

Herr Moritz wendet sich dagegen, dass Ref. in dem Umstande, dass bei der Magenspülung nach Genuss eines aus animalischen und vegetabilischen Stoffen bestehenden Probemittages, das eine Mal nur Fleisch, das andere Mal nur Pflanzentheile im Magen gefunden wurden, dem Magen gewissermassen ein Electionsvermögen in der Beförderung gewisser Nahrungsstoffe zuerkennen will. Es sei doch viel wahrscheinlicher, dass der Magen sämmtliche Speisen in ihrem Gemenge gleichzeitig in den Darm bringt, und hierbei nicht die eine oder die andere Speisenart zeitlich begünstigt.

Herr von Petersen vermisst in der Aufzählung der vom Ref. erwähnten verschiedenen Untersuchungsmethoden des Magens die Erwähnung, dass eigentlich eine jede Untersuchung eines Magenkranken mit einer Inspection seiner Mundwerkzeuge zu beginnen habe, da zuweilen ein schadhaftes Gebiss die Hauptursache eines chronischen Magenleidens abgeben kann.

Herr Kernig macht folgende Bemerkungen: Zunächst, dass bei Beurtheilung von Pulsationen im Epigastrium und Oberbauch Aneurysmen der Abdominalaorta wohl nur in allerletzter Linie in Betracht zu ziehen wären. Dieselben scheinen hier in Petersburg enorm selten zu sein; er selbst hat keinen einzigen derartigen Fall gesehen und erinnert sich nur des Falles von Dr. Herrmann, den Letzterer vor Zeiten hier im deutschen ärztlichen Verein demonstrit hat.

Weiter, dass er mit dem Vortragenden darin durchaus übereinstimmt, dass die beiden Boas'chen Schmerzpunkte für Neurose, nicht für Ulcus sprechen. Die Druckempfindlichkeit bei Ulcus ventriculi, dessen grosse Seltenheit hier in Petersburg er (Kernig) zuerst im deutschen ärztlichen Verein (Octobersitzung 1888) constatirt hat, schien ihm immer ganz vorzugsweise auf der linken Hälfte des Epigastrium vorhanden zu sein.

Weiter, dass der Werth der Methode, den Magen nach Einführung des Magenschlauchs durch Luft aufzublähen, um seine Contouren deutlicher hervortreten zu lassen, von dem Vortragenden vielleicht doch etwas zu wenig betont worden ist. Namentlich um den Zusammenhang fraglicher Tumoren mit dem Magen zu constatiren, ist ihm, Kernig, diese Methode in einzelnen Fällen sehr werthvoll geworden. Freilich ist sie mit Vorsicht und Schonung auszuüben.

Weiter stimmt Herr Kernig dem Vortragenden darin vollkommen bei dass Milchsäurereaction des Mageninhalts auch dort vorkommt, wo ein Magencarcinom nicht vorhanden ist, resp. nicht vorhanden war, wie der weitere Verlauf ergab.

Zuletzt hebt Herr Kernig die Vorzüge der von ihm selbst seit der ersten Hälfte der achtziger Jahre ausgearbeiteten Methode der Percussion des Magens hervor. Dieselbe ging ursprünglich von der von ihm (Kernig) gemachten Wahrnehmung aus, dass bei hochgradiger Dilatation des Magens in der Rückenlage sich wohl jeder Zeit in der linken unteren seitlichen Thoraxgegend eine ausgesprochene Dämpfung findet, die bei Umlagerung des Kranken in die rechte Seitenlage sofort schwindet. Bei weiterem Verfolge des Verhaltens dieser Magendämpfung ergab sich ihm die Methode der Percussion, welche ausführlich geschildert ist in seiner Arbeit vom Jahre 1889 (St. Petersb. Med. Wochenschrift 1889, Nr. 48, p. 421, eine Demonstration der Methode im allg. Verein St. Petersburger Aerzte fand statt November 1888, Protokoll in d. Petersb. med. Wochenschrift 1889, p. 44) und welche besteht in der Percussion des Magens zuerst in aufrechter Haltung, dann in der Rückenlage und zuletzt in der rechten Seitenlage unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Angabe des Pat. über den Zeitpunkt und das Quantum der letzten Nahrungaufnahme. Die Methode verlangt freilich Uebung nicht bloss in Bezug auf das Perkutiren selbst, sondern auch in Bezug auf die Beurtheilung des erhobenen Befundes gegenüber der Angabe des Pat., wann und wie viel er zuletzt vor dem Moment der Untersuchung gegessen und getrunken hat. Bei entsprechender Uebung giebt die Methode vorzügliche Resultate und lässt in der grossen Mehrzahl der Fälle schon ohne Zuhülfenahme des Verfahrens von Dehio-Taube ein Urtheil darüber zu, wie weit die motorischen Kräfte des Magens intakt sind, und ob eine nennenswerthe Dilatation vorliegt oder nicht. Man halte daran fest, dass meist schon 4, jedenfalls 6—7 Stunden nach der letzten grösseren Nahrungsaufnahme eine Magendämpfung sich beim Gesunden überhaupt nicht auffinden lässt, und dass zur Sicherstellung ob eine gefundene Dämpfung dem Magen angehört oder nicht in allen drei Positionen perkutirt werden muss. Die eventuelle Combination mit der Dehio-Taube'schen Methode ist selbstverständlich. (Autoreferat).

Herr Westphalen wendet sich in seiner Erwiderung zunächst gegen den Einwand des Herrn Moritz. Er kann nur die Thatsache bestätigen, dass zuweilen pflanzliche, zuweilen muskuläre Bestandtheile der Nahrung früher in den Darm übergeführt werden als andere Theile des Nahrungsgemisches, ersteres ganz allgemein gesprochen, besonders bei (HCl) hypaciden, letzteres bei hyperaciden Magensäften. Wie Moritz in München gezeigt hat, kommt es bei der rhytmischen Austreibung durch den Pylorus hauptsächlich auf die Consistenz des Nahrungsgemisches an. Hierbei ist es aber sehr gut denkbar, dass einzelne Theile der Nahrung je nach dem Chemismus des Mageninhaltes früher als andere gelöst und dementsprechend auch früher in den Darm übergeführt werden.

Gegenüber Herrn von Petersen liesse sich geltend machen, dass sich wohl der Einfluss eines guten Gebisses auf den Ablauf der Magenfunction nicht in Abrede stellen lasse, im Allgemeinen jedoch leicht überschätzt wird.

Was die Anwendung des Lufteinblasens in den Magen anbetrifft, um dessen Contouren besser hervortreten zu lassen, so hat Ref. hierbei einmal die traurige Erfahrung einer durch die Lufteinführung bewirkten Perforation eines Ulcus carcinomatosum gemacht. Allerdings sei ja das Magenulcus, wie auch Herr Kernig mit Recht hervorgehoben hat, wenigstens in der spec. russischen Bevölkerung sehr selten, kommt aber doch vor und zwar wie es Ref. auf Grund von circa 80 Fällen scheinen will, gar nicht so selten in sehr latenter Form, wobei dann eine Lufteinblasung unter besonders un-

[13]) Münchenener med. Wochenschr. 1887, Nr. 19.

[14]) Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 47.

günstigen Umständen das gleiche schwere Trauma bewirken kann.

2. Herr Kernig macht unter Vorzeigung des betreffenden Darmes, Mitteilung von einem überschweren Fall von Typhus abdominalis, der am 7. Tage der Krankheit zu Grunde ging, und bei welchem die klinisch wichtige Thatsache zu constatiren war, dass das Krankheitsbild durchaus nicht dem klinischen Bilde eines Abdominaltyphus zu Ende der ersten Woche entsprach. Kernig hat schon vor Jahren einmal ein jugendliches Individuum an einem Abdominaltyphus notorisch am 5. Tage sterben sehen. Schon damals sah er ein Krankheitsbild, welches namentlich durch das Ueberwiegen der nervösen Symptome durchaus nicht einem sich entwickelnden, in der 1. Woche befindlichen Abdominaltyphus entsprach. In dem jetzt beobachteten Falle handelte es sich um ein 18-jähriges Bauernmädchen, welches am 10. October a. c. in das Hospital aufgenommen wurde. Die Kranke wiederholte mit grosser Bestimmtheit trotz schon vorhandener Benommenheit des Sensorium, dass sie erst seit dem 8. October krank sei, eine Angabe, die durch den Sektionsbefund bestätigt wurde. Am 11. October, dem 4. Krankheitstage erschien die Kranke benommen, sprach undeutlich und mit leiser Stimme, Temp. Morgens 38,6, Abends 39,0, Puls 108. Die Zunge mit den bekannten rothen Rändern, der Unterleib aufgetrieben, die Leber um ein Fingerbreit vortretend, die Milz sehr gross, auch um ein Fingerbreit den Rippenrand überragend, ein flüssiger Stuhl. Am 12. October, dem 5. Krankheitstage starke Benommenheit, fast ganz ohne Bewusstsein, Delirium, grosse Unruhe mit Aufstehen, die Temp. Morgens 38,5, Abends 38,4 Puls 100, der Unterleib jetzt nur wenig aufgetrieben, in seinem untersten Abschnitt druckempfindlich, keine Roseola, der Urin geht ins Bett. Kein Stuhl. Die Abwesenheit jeglicher Contracturen sprach gegen Meningitis, welche diagnostisch ernstlich in Betracht gezogen wurde. Am 13. October, dem 6. Krankheitstage comatöser Zustand, die Kranke versteht und spricht nichts. Temp. Morgens 37,4, Abends vordem 1,0 Chinin muriat., am Nachmittage und Abends 3 Temperaturmessungen, die immer nur 38,3 und 38,4 ergaben. Puls 108. Kein Stuhl, der Unterleib wenig aufgetrieben, in seinem untersten Abschnitt druckempfindlich. Die gynaecologische Untersuchung fällt negativ aus. Am 14. October, dem 7. Krankheitstage vollständiges Coma Temp. Morgens 39,0 Mittags 1 Uhr 39,2, 5 Uhr Nachmittags 38,5. Der Puls Morgens 158. Die Extremitäten kühl, der Urin ins Bett, kein Stuhl, der Unterleib erscheint eher eingesunken, nicht aufgetrieben. Im Bereich des rechten Oberlappens deutliche Dämpfung des Schalles. Im per Katheter erhaltenen Urin von 1016 spec. Gewicht viel Eiweiss viel granulirte Cylinder und einige Epithelcylinder. Tod am Abend des 14. October, des 7. Krankheitstages.

Somit sind es die auffallend niedrigen Temperaturen, die Abwesenheit des Meteorismus am 7. Krankheitstage, die colossale und frühzeitige Entwickelung der Hirnerscheinungen, die dem Krankheitsbild das Fremdartige gegenüber einem classischen Abdominaltyphus am Ende der 1. Woche verliehen. Die Abwesenheit der Roseola nimmt weniger Wunder da der Termin ihres Erscheinens eben eintrat. Der vorgezeigte Darm weist hochgradige markige Infiltration auf sämmtlicher Peyerschen Plaques und sämmtlicher solitärer Folikel von hoch im Jejunum ab bis zum S. Romanum herunter. Im Coecum und Colon ascendens bot der Darm das Bild einer dichten Pockeneruption dar. Nirgends Necrose. Die Dämpfung über dem rechten Oberlappen erklärte sich durch hochgradige Hyperaemie und Oedem. Herr Kernig erinnert noch an O. Fraentzels Arbeit in der Zeitschrift für klin. Medicin von Ferichs und Leyden Bd. II 1881 über «schwere Erkrankungen an Ileotyphus welche afebril oder mit geringen Temperaturerhöhungen auffallend rasch verlaufen».

(Autoreferat).

Director: Dr. Kernig.
Secretair: Dr. Westphalen.

Vermischtes.

— Am 15. December c. fand die Einweihung und Eröffnung der orthopädischen Heilanstalt des Dr. med. Horn statt. Der Feier wohnte eine grosse Zahl eingeladener Gäste bei, unter welchen sich der Ministergehülfe Baron Uexküll von Güldenbandt, Senator Geheimrath A. von Saburoff, zahlreiche andere hochgestellte Persönlichkeiten und fast alle medicinischen Celebritäten der Residenz befanden. Die Anstalt befindet sich im Hause Nr. 83 an der Fontanka und ist mit grossem Kostenaufwand entsprechend dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft mit allen nöthigen Apparaten ausgerüstet. Für die stationären Kranken sind 6 Betten und ein grosses den Anforderungen der Asepsis entsprechendes Operationszimmer hergerichtet worden, ausserdem werden aber in der Anstalt auch ambulante Kranke behandelt werden. Mit der Anstalt sind eigene Werkstätten zur Anfertigung der nothwendigen Schienenapparate (auch nach Hessing) und Korsette verknüpft, welche es ermöglichen dieselben jedem einzelnen Krankheitsfall anpassend unter specialistischer Aufsicht anzufertigen. Wir empfehlen die neue Anstalt dem Wohlwollen der Collegen und wünschen ihrem Leiter den seiner grossen orthopädischen Erfahrung entsprechenden Erfolg. B.

— Der Professor der Neurologie und Psychiatrie an der militär medicinischen Academie, Dr. W. Bechterew, ist zum Ehrenmitgliede der Niederländischen medico-psychologischen Gesellschaft gewählt worden.

— Ernannt: Der Docent der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsrath Dr. Kessler — zum ausseretatmässigen ausserordentlichen Professor der Gynäkologie an der genannten Universität; der Privatdocent der mil.-med. Academie wirkl. Staatsrath Dr. Drosdow — zum Consultanten und Honorarprofessor des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna; der ältere Arzt des St. Petersburger Marinehospitals für Arme, Staatsrath Dr. Trachtenberg und der Privatdocent der mil.-med. Academie, Staatsrath Dr. Nikitin — zu consultirenden Aerzten bei den St. Petersburger Lehranstalten des Ressorts der Institutionen der Kaiserin Maria, alle drei unter Belassung in ihren gegenwärtigen Stellungen.

— Verstorben: 1) Der ältere Medicinalbeamte des Medicinal-Departements, wirkl. Staatsrath Dr. Constantin Potjechin, welcher seit 1854 die ärztliche Praxis ausübte. 2) In Wiborg der jüngere Arzt des örtlichen Militär-Lazarets, Dr. Nikolai Pape. 3) der Gouvernements-Medicinalinspector von Wologda, Dr. I. E. Ssokolow, im 61 Lebensjahre; nach Absolvirung seiner Studien an der früheren medico-chirurgischen Academie i. J. 1860, war S. viele Jahre Kreis- und Stadtsarzt in verschiedenen Gegenden des Reiches, bis er 1879 zum Medicinalinspector des Wologda'schen Gouvernements wurde. 4) Am 16. December in St. Petersburg nach längerer Krankheit der frühere Arzt beim Hofe des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Heinr. Schilling, im Alter von 62 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher seit 1859 im Dienst als Militärarzt stand, bekleidete einige Zeit noch den Posten des Oberarztes des Munitionsmagazins des St. Petersburger Militärbezirks. 5) Am 13./25. December in Berlin der berühmte Physiologe Geheimrath Prof. Dr. Emil Heinrich du Bois-Reymond, welcher vor Kurzem 78 Jahre alt geworden war. In Berlin geboren und erzogen, widmete sich der Verstorbene ebendaselbst dem Studium der Naturwissenschaften mit solchem Erfolge, dass er bereits i. J. 1858 die ordentliche Professur der Physiologie an der Berliner Universität erhielt, welche er bis zu seinem Tode inne hatte. Ihm verdankt Berlin unter Anderem das 1877 gegründete physiologische Institut. Neben seiner Professur bekleidete er lange Zeit auch das Amt des beständigen Secretärs der deutschen Academie der Wissenschaften. Ausser einer grossen Anzahl streng wissenschaftlicher Arbeiten, Vorträge und Festreden sind es namentlich seine epochemachenden Forschungen auf dem Gebiet der thierischen Elektricität, welche ihm einen glänzenden Namen in der Geschichte der Naturwissenschaften für immer gesichert haben.

— Mit der Redaction des vom Medicinaldepartement herausgegebenen «Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin» (Вѣстникъ общественной гигіены etc.) ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Galanin, Dr. M. S. Uwarow betraut worden.

— Dem Kinderhospital der heil. Olga in Moskau, welches vor Kurzem das Fest seines 10 jährigen Bestehens beging, ist von dem Grafen Orlow Dawydow, der zur Gründung dieses Hospitals über eine halbe Million Rubel hergegeben hatte, wiederum eine Spende im Betrage von 200,000 Rbl. zur Vergrösserung des Ambulatoriums und zur Ausführung einiger Bauten zugegangen. Ausserdem hat derselbe zu weiteren Bauzwecken noch 73,000 Rbl. in Aussicht gestellt. Ferner wurde von den Erben des in Moskau verstorbenen Ehrenbürgers A. Behrenstamm ein Kapital im Betrage von 200,000 Rbl. als Vermächtniss des Verstorbenen zur Errichtung eines Asyls für wiedergenesende Kinder bei diesem Hospital übergeben.

— Die officielle Feier des 94. Stiftungstages der Universität Jurjew (Dorpat), wurde am 12. December in üblicher Weise mit Festact in der Aula der Universität begangen. Nach den Festreden der Prof. Kusnezow, Filippow und Petuchow berichtete der Rector über das Ergebniss der von den Studirenden gelösten Preisaufgaben. Es gelangte, wie wir der «N. D. Ztg.» entnehmen, 5 goldene Medaillen zur Vertheilung, und zwar

je eine in der theologischen und physiko-mathematischen Facultät. In der juristischen Facultät war keine Arbeit eingegangen, in der historisch-philologischen jedoch eine, welcher nur eine belobigende Anerkennung zu Theil wurde. Die in der medicinischen Facultät zuerkannten drei goldenen Medaillen erhielten: Stud. med. Andreas Alwer aus Livland für die Arbeit: «Der gegenwärtige Stand der Lehre von dem Bau der schwammigen Knochensubstanz (diese Lehre ist kritisch zu prüfen und auf Grund eigener Untersuchungen darzustellen)»; sodann Stud. med. Nikolai Hirschberg aus Libau und stud. med. Nikolai Klimowitsch aus Riga, — Beide für die Bearbeitung des Thema's: «Experimentelle Untersuchung des Gedächtnisses für Toneindrücke». Zur Bewerbung um die für pharmaceutische Arbeiten bestimmten Ssuworow- und Kresslawski-Medaillen waren keine Preisarbeiten eingegangen. — Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Zahl der Medaillen geringer geworden; im vorigen Jahre betrug sie noch 9 (6 goldene und 3 silberne, dazu eine ehrenvolle Anerkennung) und im Jahre 1894 sogar 10 (6 goldene und 4 silberne).

Einige wichtigere Daten aus dem Jahresberichte werden wir in der nächsten Nr. bringen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. December d. J. 7747 (105 mehr als in d. Vorw.), darunter 814 Typhus — (30 wen.). 908 Syphilis — (3 mehr), 131 Scharlach — (7 mehr), 109 Diphtherie — (4 wen.), 13 Masern — (0 wen.) und 24 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. December 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
343	283	626	154	43	85	14	7	22	43	55	64	47	52	31	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 21, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 63, Todtgeborene 21.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 7. Januar 1897.
Empfang des Mitgliedbeitrags für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. Januar 1897.

Довв. ценз. Спб. 21 Декабря 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XIII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis ist in Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, (9. Januar) 28. December **1896**

Bronchialcatarrh und Witterung in St. Petersburg.

Eine ätiologische Studie.

Von

H. Fremmert.

Vortrag gehalten im Deutschen ärztlichen Verein am 18. November 1896.

(Schluss).

Die Zahl der Tage mit Niederschlägen überhaupt[18]), wobei die in ihnen enthaltenen ausschliesslichen Schneetage in Parenthese beigefügt sind, ersieht man aus folgender Tabelle, die für den alten Styl nach roher Schätzung entworfen ist:

Die Jahresmittel der Niederschlagshöhe (für 5 Jahre nach altem Styl durchschnittlich 550.98 oder monatlich = 45.91 Millim.) schwankten mithin bei uns zwischen 419.6, resp. 34.6 und 640.4, resp. 53.36, die Monatsmittel zwischen 6.0 (Februar 1892) und 153.9 (August 1893). Diese Regenhöhe muss als gering bezeichnet werden, denn in Deutschland beträgt sie 710 Mill., am Südfuss der Alpen über 2000, in Vorderindien 4500—12500[19]). Die Summen der Monatsmittel zeigen, dass der März durchschnittlich die geringste, nächstdem die Wintermonate Februar, Januar und December und dann

[18]) Regen, Graupeln, Hagel, Schnee.

[19]) Perl: Eulenb. Real-Encyclop. II. Aufl., Bd. IV, p. 319.

Monate	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Jahres-summe	Monats-mittel
1891	14(12)	16(12)	6(4)	18(2)	19	8	16	18	11	18(9)	20(19)	15(13)	179(71)	14,9
1892	24(24)	7(7)	11(8)	17(1)	20	21	20	15	17	21(17)	23(21)	19(13)	215(91)	17,9
1893	20(20)	23(19)	12(10)	11(9)	16	17	16	26	23	21(13)	23(23)	18(13)	226(107)	18,8
1894	25(23)	13(12)	8(4)	16	18	16	18	25	7(4)	23(14)	19(17)	17(13)	205(87)	17,1
1895	25(23)	17(16)	15(15)	7	16	19	13	22	16(1)	18(9)	15(13)	26(24)	209(101)	17,4
Mittel	21,6(20,4	15,2(13,2)	10,4(8,2)	13,8(2,4)	17,8	16,2	16,6	21,2	14,8(1,0)	20,2(12,4)	20,0(18,6)	19,0(15,2)	207(91,4)	17,2

der April, September und November kleine Niederschlagshöhen aufweisen, während der October schon das Mittel überschreitet und der Juni und Mai, namentlich aber der Juli und August relativ grosse Niederschlagsmengen bringen. Die Zahl der Tage mit Niederschlägen wies 1891 das Minimum von 179 und 1893 das Maximum von 226 (im Mittel 207) auf; das ganze Lustrum nach altem Styl hatte durchschnittlich in jedem Monat 17.2 Tage mit Niederschlägen, wobei sich die Jahresmittel zwischen 14.9 bis 18.8 per Monat bewegten. Die einzelnen Monatsmittel schwankten zwischen 6 (im März 1891) und 26 (im August 1893 und December 1895) Tagen mit Niederschlägen. Der Monat, welcher die wenigsten Tage mit Niederschlägen hatte, war der März, nächstdem der April, September, Februar, Juni und Juli; überschritten wurde das Mittel schon etwas vom Mai, sehr vom December, November und October, ganz besonders aber vom August und Januar. Die Zahl der ausschliesslichen Schneetage bewegte sich zwischen 71 (im Jahre 1891) und 107 (im Jahre 1863), was im Mittel 91.4 Schneetage jährlich ergab. Schneefall kam in 7 Monaten, d. h. regelmässig von October bis März und dann entweder noch im April oder September vor. Am häufigsten schneite es im Januar, d. h. durchschnittlich immer an 20.4 Tagen. Zur sofortigen Beurtheilung des Verhältnisses in welchem die Niederschläge zur Bronchitidenfrequenz stehen, dürfte die Tafel VI behülflich sein; auf ihr sind im oberen Abschnitt die Summen der Niederschlagshöhen für jeden Monat der Jahre 1891—95 alte Styl in etwa 4-fach vergrösserten Millimetern (×××) angegeben und die monatlichen Summen der acuten Bronchialcatarrhe als schwarze Linie hineingezeichnet. Im unteren Abschnitt sind die Monatssummen der Tage mit Niederschlägen für denselben Zeitabschnitt graphisch dargestellt und zwar bedeuten die doppelt schraffirten Felder Schneetage, die einfach schraffirten: Tage mit sonstigen Niederschlägen; auch hier ist die Bronchitidenfrequenz schwarz eingetragen. Es fällt beim Betrachten der oberen Hälfte dieser Tafel alsbald auf, dass die Linien sich in keiner Beziehung decken, denn wenn sich auch bei 52% der angeführten Monate die gleiche Tendenz zum Steigen oder Fallen sowohl der Niederschlagshöhe wie der Bronchitidenfrequenz zeigt[20]), so ist doch schon der Umstand, dass die ungünstigste Bronchitiszeit im Grossen und Ganzen mit der Periode der geringeren Niederschlagshöhen zusammenfällt und umgekehrt, die wenigsten Catarrhe ungefähr zur Zeit der massenhaftesten Niederschläge vorkommen, ausschlaggebend. Am Deutlichsten erkennt man das aus den Summen aller Monatsmittel beider Zahlenreihen (die ich hier nicht graphisch wiedergegeben habe, aber aus den angeführten Daten hervorgehen), da z. B. einerseits der Juli zu den zwei nassesten Monaten des Jahres gehört, gleichzeitig aber unsere günstigste Zeit hinsichtlich der Erkrankung an Bronchitis ist und andererseits der Januar, wo wir die meisten Catarrhe haben, schon die dritte Stelle unter den trockensten Monaten einnimmt. Wenn jedoch dieses Verhalten den Schluss zulässt, dass ein grösseres Quantum der Niederschläge durch Luftreinigung das Entstehen der Bronchialcatarrhe erschwere, so muss auch grosse Häufigkeit der Niederschläge (s. untere Hälfte der Taf. VI) denselben Effect haben. Wir finden denn auch, dass z. B. im August, der hinsichtlich der Häufigkeit der Niederschläge an zweiter Stelle steht, die Zahl der Catarrhe sehr gering und andererseits im März, wo seltener als in irgend einem Monat Regen oder Schnee fällt, in Bronchitidenfrequenz eine sehr hohe, wenig gegen den Januar und Februar zurückstehende, ist. Aber eine so grosse relative Regelmässigkeit, wie in der Bronchitidencurve, ist weder in der Zeichnung der Niederschlagshöhen noch in der der Niederschlagshäufigkeit zu erkennen und ich hege die Ansicht, dass diese meteorologischen Thatsachen, wenigstens hier bei uns, weder im günstigen noch im ungünstigen Sinne für die Aetiologie der Bronchialcatarrhe zu verwerthen sind[21])

Ziehen wir in den Kreis unserer Erwägungen nunmehr auch diejenigen Schädigungen, welche sich aus der Bewegung der Athmosphäre ergeben könnten, so muss zunächst folgende Tabelle, welche die

vorherrschende Windrichtung in den einzelnen Monaten der Jahre 1891—1895 alten Styls veranschaulicht, angeführt werden:

Monate[22])	1891	1892	1893	1894	1895
1.	S	NW u. S	SE u. NW	S u. W	SE
2.	W	S u. SE	W	SE u. NE	NE u. SE
3.	E	SE u. W	NW	NW u. SE	SE u. S.
4.	NE u. W	W u. NW	W	SE u. NE	SE u. W
5.	W	NW u. W	W	NE	NW
6.	W	W	W	NE u. SW	W
7.	W u. NE	W	W u. NW	W	W
8.	NE u. SW	W	NW	NW	SW u. W
9.	S	S	S	NW	NW u. SE
10.	SE	S u. SW	S	NW u. S	SE u. S
11.	SE	SW	NW u. SW	S	NW u. SE
12.	SE u. NW	SE	S	S	SE

Eine Windrichtung blieb in 34 Monaten des Lustrums allein vorherrschend, in 26 Monaten mussten zwei no-

[20]) Von 57 verglichenen Monaten (2 zeigten Unbeweglichkeit einer Curve und über einen liegen, wie schon gesagt, keine Angaben vor) stimmten 27 nicht in der gleichzeitigen Neigung für Emporgehen oder Sinken der Linien mit einander überein.

[21]) Herrmann (l. c. pag. 111) ist auf anderem Wege ungefähr zu denselben Schlüssen gekommen, denn nach seinen Zählungen fielen z. B. 21 Monate zahlreicher Bronchitiden mit 18 Monaten spärlicher athmosphärischer Niederschläge zusammen und sagt er zuletzt: reichliche athm. Niederschläge unterstützen keinesfalls die Entstehung von Catarrhen der Respirationsorgane.

[22]) Bergmann schreibt: «in jedem Monat wurden von den beobachteten Windrichtungen die gleichen summirt, resp. angegeben, wie häufig jede dieser Windrichtungen vorkam (z. B. wie oft N, wie oft S etc.) und galt der am häufigsten im gegebenen Monat beobachtete Wind, unberücksichtigt seiner Stärke, als der vorherrschende. Waren in einem Monat zwei verschiedene Windrichtungen häufiger als alle anderen und dabei beide gleich oder nahezu gleich häufig vertreten, so sind hier zwei überwiegende Windrichtungen verzeichnet. Die Zeichen für die Windrichtungen sind die internationalen und ist mithin: N = Nord, S = Süd, W = West, E = Ost».

tirt werden und dürfte folgende tabellarische Umstellung die ganze Sachlage übersichtlicher machen:

	W	SE	NW	S	NE	SW	E
Januar	1	2(1)	2	3(1)			
Februar	2(2)[23])	3		1	2		
März	1	3	2(1)	1			1(1)
April	4(1)	2	1		2		
Mai	3(2)		2(1)		1(1)		
Juni	4(4)				1	1	
Juli	5(3)		1		1	2	
August	2(1)		2(2)		1	1	
September		1	2(1)	3(3)		2(1)	
October		2(1)	1	4(1)			
November		2(1)	2	1(1)			
December		3(2)	1	2(2)			
	22(13)	18(5)	16(5)	15(8)	8(1)	6(1)	1(1)

Unser häufigster Wind war mithin der Westwind, der besonders im Frühling und Sommer andauernd wehte aber in den vier letzten Monaten des Jahres in keinem Falle vorherrschte. Der SE, der zunächst häufigste Wind, prädominirte seinerseits niemals vom Mai bis August, während der NW, der dritthäufigste, sich kaum an irgend eine Zeit band. Der Südwind, welcher auch noch sehr häufig (d. h. in einem vollen Viertel des ganzen Lustrums) zur Vorherrschaft kam, gelangte zu diesem Uebergewichte oft in den kältesten Monaten, niemals aber von April bis August; der schlecht renomirte Nordost prädominirte nur in 8 Fällen, meist in der wärmeren Jahreszeit und zwar nur ein Mal (Mai 1894) einen ganzen Monat hindurch. Der SW herrschte selten vor und nur in den Monaten Juni bis September, der Ostwind kam bloss ein Mal, im ganzen März 1891, zur Präponderanz und reiner Nordwind kam garnicht zur Vorherrschaft. Herrmann's (l. c. pag. 122) Angaben über die Windrichtung weichen vielfach von den meinigen ab, stimmen jedoch darin überein, dass im Winter S — und SE — Winde im Sommer W — und NE — Winde bei uns vorherrschen. Wenn wir also die Richtung unserer vorherrschenden Winde im Allgemeinen als keine ungünstige bezeichnen müssen, so kommt es nunmehr auch noch auf die Stärke oder Geschwindigkeit derselben an: sie geht aus folgenden Tabellen hervor: Roh geschätzte Monatsmittel der Windstärke in Metern pro Secunde, für die Jahre 1891—95 alt. St.[24]).

Monate	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Mittel
1891	5,4	5,1	3,9	3,8	3,9	3,9	3,9	4,5	4,5	4,7	4,9	4,7	4,43
1892	4,3	4,5	4,1	3,8	4,6	4,3	4,1	4.4	4,2	3,9	4,3	4,2	4,22
1893	3,7	4,6	4,7	4,0	3,5	3,5	3,7	4,2	4,6	4,4	4,6	5,0	4,21
1894	5,2	4,6	3,7	3,9	3,9	4,1	3,9	4,3	4,0	4,1	4,9	4,4	4,25
1895	3,7	3,8	3,1	3,4	3,6	3,8	3,9	4,3	4,4	4,7	4,5	4,9	4,01
Mittel	4,46	4,52	3,90	3,78	3,90	3,92	3,90	4,34	4,34	4,36	4,64	4,64	4,22

Zahl der Tage, an welchen die Windstärke 10 Meter pro Sec. (4 Beaufort) und mehr betrug; nach alt. St. roh geschätzt.

Monate	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	Summe
1891	5	3	—	—	—	—	—	2	—	1	—	2	13
1892	1	1	—	—	—	2	—	2	1	—	—	1	8
1893	1	1	3	1	—	—	—	—	—	1	—	1	8
1894	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3
1895	—	1	1	—	—	—	—	1	1	3	4	5	16
Summe	8	6	4	1	—	2	—	5	2	5	5	10	48

Die Jahresmittel der Windstärke schwankten also 1891—95 zwischen 4.01 und 4.43 Metern pro Secunde und machten für das ganze Lustrum durchschnittlich 4.22 aus; die Monatsmittel bewegten sich bei Berück-

[23]) Die in Parenthese befindlichen kleineren Ziffern bezeichnen die Zahl der Fälle, in welchen die resp. Windrichtung einen ganzen Monat die vorherrschende blieb.

[24]) Bergmann schreibt: «bei der Berechnung der mittleren Stärke sind die Winde aller im Monat herrschenden Richtungen berücksichtigt und zeigt die nachstehende Vergleichsscala die Beziehung von Metern pro Secunde (die in den Annalen adoptirten Einheiten) zu Beaufort'schen Einheiten, so wie zu den im gewöhnlichen Sprachgebrauche vorkommenden Bezeichnungsweisen, welche dem Stärkegrade in Worten eine feste Norm geben. Hiernach käme also ein Monatsmittel der Windstärke von 5 Metern pro Sekunde (etwa 2 Beanfort einem sogen. «leichten» Winde zu, während ein Wind von 10

Stärke des Windes nach Mtr. pro Sec.	Nummern d. Beaufortschen Scala	Windstärke in Worten ausgedrückt:
1,5	0	Windstille oder sehr leiser Zug; der Rauch steigt senkrecht auf
3,5	1	Leiser Zug; d. Blätter d. Bäume werden bewegt.
6	2	Leichter Wind; leichte schwache Zweige der Bäume werden bewegt.
8	3	Schwacher Wind; stärkere Baumzweige werden bewegt.
10	4	Mässiger Wind } d. Wind bewegt stärkere Aeste.
12,5	5	Frischer Wind } d. Wind bewegt stärkere Aeste.
15	6	Starker Wind } d. Wind bewegt stärkere Aeste.
18	7	Harter Wind, der die Bäume schüttelt.
21,5	8	Stürmischer Wind } d. stärkere Bäume bewegt u. Zweige abbricht.
25	9	Sturm } d. stärkere Bäume bewegt u. Zweige abbricht.
29	10	Starker Sturm. der Aeste abbricht u. das Gehen im Freien behindert.
33,5	11	Harter Sturm, der Bäume entwurzelt u. Dächer beschädigt.
40	12	Orkan, entwurzelt die stärksten Bäume, deckt Häuser ab etc.

Metern pro Secunde (4 Beanfort) als «mässiger» zu bezeichnen wäre.

sichtigung aller 60 Monate zwischen 3.1 (März 1895) und 5.4 (Januar 1891), während sich aus ihren Summen ergab, dass die fünf Monate März bis Juli eine mittlere Windstärke von nur 3.88, die übrigen 7 Monate eine von 4.47 hatten. Unsere mittlere Windstärke erhebt sich also selbst im schlimmsten Monat noch nicht zu jenem Grade, den man als leichten, nur schwache Baumzweige zu bewegenden Wind bezeichnet; sie ist aber doch grösssr als im Binnenlande und hat die Ostseeküste (wie mir Bergmann nach B. v. Nasakin mittheilt) überhaupt die grösste Windstärke im russischen Reich aufzuweisen. Durchschnittlich war, nach den Tabellen für 1891—95, die Windgeschwindigkeit im April am schwächsten, im November und December am stärksten, im Februar und Januar aber ebenfalls noch sehr bedeutend[25]). Zu denselben Ergebnissen kommt man im Allgemeinen auch bei Betrachtung unserer Tabelle der windigeren Tage, an denen mindestens schon stärkere Aeste bewegt wurden (also 10 Meter pro Secunde oder 4 Beaufort und mehr[26]).

Derartige Tage hatten wir in St. Petersburg, das als Küstenort im Allgemeinen mehr stürmische Tage hat als das Innere des Landes, anno 1894 nur 3, 1895 aber 16 um im Mittel jährlich 9.6[27]). Im Mai und Juli des ganzen Lustrums kamen gar keine windigeren oder stürmischen Tage vor; im April hatten wir nur einen solchen und im Juni, sowie im Oktober nur je zwei, aber viele windigere oder auch stürmische Tage wies besonders der December und nächst ihm der Januar und Februar auf. Windstille ist im Allgemeinen selten und kam in der von Herrmann berücksichtigten Periode nur bei 2% aller Tage vor (l. c. pag. 121).

Versuchen wir jetzt den Einfluss der Luftbewegung auf die Entstehung der acuten Bronchialcatarrhe in der von mir geübten Weise zu prüfen, so muss ich zunächst wieder auf eine graphische Darstellung (Taf. VII) verweisen. Auf dieser ist nur die Windstärke, sowohl die gewöhnliche (dünne schwarze Curve) als die exceptionell erhöhte (schwarze Querstriche je nach der Zahl der windigeren Tage) und die Bronchitidenfrequenz (dicke schwarze Linie) verzeichnet: die jeweilige Windrichtung habe ich auf ihr nicht berücksichtigen können, werde sie aber in folgenden Text zu verwerthen suchen.

Auf der Taf. VII ist ersichtlich, dass in 53 mit einander verglichenen Monaten[28]) 28 Mal (= ca. 53%) ein gleichzeitiges Sinken oder Steigen beider Curven beobachtet wurde und 25 Mal (= 47%) das Gegentheil stattfand, was nur wenig für das Zusammengehen der Windstärke mit der Bronchitidenfrequenz spricht. Immerhin liegen die Gipfel der Curve mehr oder weniger nah bei einander oder decken sich sogar, wie im Januar 1894, und nähern sich auch die tiefsten Punkte in der Weise, dass die dicke schwarze Linie nur 2—4 Monate später als die dünne schwarze ihren niedrigsten Stand erreicht. Sehr deutlich geht dieses Verhalten namentlich aus den Curven der 5-jährigen Mittel (s. das Nebenkärtchen) hervor, wo das relativ gleichmässige Fallen im Frühling, der beiderseitige niedrige Stand im Sommer und das gemeinsame Emporgehen im Herbst sofort erkennen lässt, wie viel mehr Beziehungen zwischen der Windstärke und der Bronchitidenfrequenz bestehen, als zwischen der letzteren und etwa den jeweiligen Niederschlagshöhen. Bestehen aber solche Beziehungen, so sollten sie auch aus der Anzahl der Sturmtage, welche nothwendig das Monatsmittel der Windstärke erhöhen, zu ersehen sein, — das trifft aber kaum zu. Z. B. im Januar 1891 wütheten 5 Stürme und hatten wir doch nur ebensoviele Bronchitiden wie im März desselben Jahres, wo es gar keinen Sturm gab; im December 1895 notirten wir weniger Kranke als im vorhergehenden Oktober und hatten doch mehr Stürme als im letztgenannten Monat u. s. w. Solche Widersprüche lösen sich vielleicht bei Berücksichtigung der resp. Windrichtung und findet man denn auch, um bei obigen Beispielen zu bleiben, dass im ganzen Januar 1891 Südwind, im März aber beständig Ostwind, obgleich mit viel gelinderer Stärke, wehten; leider erklärt sich unser zweiter Fall nicht auf dieselbe Weise, denn im December 1895 wehte SE und im etwas krankenreicheren Oktober auch SE, abwechselnd sogar mit S.

Indem ich hiermit meine ätiologische Studie schliesse, muss ich nochmals darauf aufmerksam machen, wie schwierig es ist, bei Vergleichen der Witterungsverhältnisse mit der jeweiligen Häufigkeit der acuten Bronchialcatarrhe, selbst an einem einzigen Orte unserer Erdoberfläche zu bestimmten, in Zahlen ausdrückbaren, Angaben zu kommen. Eine tabellarische Zusammenstellung, auf welcher neben jedem der 60 Monate die Angaben über Bronchitidenfrequenz, Temperatur, Feuchtigkeit und Bewegung der Luft mit allmonatlichen Epikrisen verzeichnet wären, liesse sich leicht aus meinen Daten construiren, aber ich glaube, dass man den Thatsachen gerade bei allmonatlichen Schlussfolgerungen Zwang anthun kann, überhaupt in zu viele Banalitäten geräth und jedenfalls aus der Endsumme der Epikrisen nur sehr weitläufige, mit Recht perhorrescirte, allgemeine Betrachtungen hervorgehen würden. Mein Bestreben war es, Specialverhältnisse zu erforschen und Einzelangaben, wie Hoffmann sie wünscht, zu machen, damit es späteren Autoren möglich wird, Vergleiche mit anderen Orten anzustellen und bestimmte ätiologische Lehrsätze zu formuliren. Für unsere Stadt, also für die nördl. Breite von 59° 56′ bei 30° 18′ östlicher Länge von G., dürfte sich aus meinem Material, dessen Provenienz ich ganz klar stellen und von dem ich alle mir statthaft erscheinenden Deutungen erschöpfen zu müssen glaubte, in Kürze Folgendes ergeben:

1) Die acuten Bronchitiden, resp. Tracheobronchitiden, machen im Mittel 18% aller Erkrankungen aus.

2) Etwas mehr als die halbe Bevölkerung leidet alljährlich an acuter Bronchitis.

3) Eine acute Bronchitis hatten alljährlich von je 100 Männern 49, von je 100 Frauen 46 und von je 100 Kindern 75.

4) Im 5-jähr. Mittel fielen ungefähr 12.2% aller Bronchitiden auf den Januar, 11.7 auf den Februar, 11.3 auf den März, 10.7 auf den April, 7.7 auf den Mai, 4.4 auf den Juni, 3.0 auf den Juli, 4.3 auf den August, 6.8 auf den September, 9.0 auf den Oktober, 8.9 auf den November und 10,% auf den December.

5. Dieses Fallen der Catarrhe zum Sommer und Ansteigen zum Winter ist der gewöhnlichen Abnahme aller Erkrankungen in der besseren Jahreszeit nicht proportional; während die durchschnittliche Maximalzahl der Catarrhe etwa 4 Mal so gross ist als ihr Minimum, verhält sich die Gesammtsumme der Erkrankungen in ihren durchschnittlichen Extremen kaum wie 2:1.

6. Niedrige Lufttemperaturen bilden als prädisponirendes Moment den wichtigsten Faktor in der Entstehungsgeschichte

[25]) Die Jahresperiode ist, wie B. mittheilt, im europäischen Russland mehr oder minder einheitlich: Maximum im Winter, Minimum im Sommer, während im Kaspi-Gebiet etc. ein Maximum im Frühling und ein Minimum im Herbst existirt.

[26]) Diese Angaben sind zur Charakterisirung der Stärkegrade des Windes in den einzelnen Monaten nöthig, da sonst einzelne gefährliche Tage aus dem Mittel allein nicht erkannt, mithin völlig vermisst werden können (Bergmann).

[27]) Die Durchschnittszahl der Stürme im Jahr soll in St. Petersburg, Pernau und Riga gleich gross sein, während sie and den Küsten Finnlands und Estlands grösser ist (Bergmann).

[28]) 6 Monate kamen wegen Unbeweglichkeit der einen oder der anderen Curve nicht in Betracht und 1 Monat konnte aus dem früher erwähnten Grunde nicht herangezogen werden.

der acuten Bronchitiden, in so weit diese nicht von anderen Erkrankungen oder von Staub- und Gasinhalationen abhängen. Bei weiteren Schlussfolgerungen aus meinen Daten erscheint es durchaus plausibel, dass solche, mit Recht «Erkältungscatarrhe» genannten, Bronchitiden bei einer hierorts niemals beobachteten, mittleren Monatstemperatur von etwa 19° C. garnicht entstehen werden, ungeachtet der stets bezichtigten Witterungsschwankungen, nächtlichen Abkühlungen, starken Winde u. s. w., die selbst bei einem monatlichen Mittel von 16° C. immer noch schädigen.

7. Hohe relative Feuchtigkeit der Luft geht vorher oder begleitet meistentheils die Zunahme des Frostes und der Bronchitisfälle; sie scheint nur eine vorbereitende Rolle bei der eigentlichen Erkältung zu spielen.

8) Ein grösseres Quantum und eine grössere Häufigkeit der Niederschläge ziehen nicht eine Vermehrung der Catarrhe nach sich; eher wirken sie im entgegengesetzten Sinne.

9. Ungünstige Windrichtungen und bedeutende Windstärke wirken wahrscheinlich nur dann gefährlich, wenn sie mit niedrigen Temperaturen einhergehen; sie bringen gewissermaasen die, oft nur sehr geringe Temperaturerniedrigung, etwa die von der gewohnten Zimmerluft nur um wenige Grade abweichende Aussenluft, erst ganz zur Geltung. Als Staubverbreiter werden sie natürlich auch bei warmem Wetter zu Epithel-Läsionen führen und die Invasion von pathogenen Oraganismen ermöglichen (ich erinnere hier nur an die zahlreichen Pneumonien nach windigeren Tagen), dann ist aber der Staub und nicht die Witterungserscheinung das direct schädigende Moment; Staubcatarrhe existiren unzweifelhaft; ich habe sie aber in keinem der hier aufgezählten Bronchitisfälle mit Sicherheit annehmen können.

10. Barometrische Schwankungen und die jeweilige absolute Feuchtigkeit der Atmosphäre halte ich bei der Entstehung der acuten Broncialcatarrhe für irrelevant.

Nachtrag. Während der Drucklegung obigen Artikeln fand im Vereine eine recht animirte, einschlägige Discussion statt, zu der ich folgende Bemerkungen und Erläuterungen auch an dieser Stelle nachholen zu müssen glaube.

Unter Bronchitis möchte ich jeden Catarrh verstanden wissen, der sich in einzelnen Abschnitten oder im ganzen Verlaufe der unteren Luftwege (von der Trachea bis zu den feineren Bronchien) etablirt.

Auch von früheren Autoren (z. B. von Knauthe, no Aufrecht) wird in ein und demselben Artikel die uns hier beschäftigende Affection bald «Bronchialcatarrh», bald «Bronchitis» genannt und Hoffmann hält überhaupt die Bemühungen, zwischen beiden eine Grenze zu ziehen, für aufgegeben.

Wenn ich von den Erkältungskatarrhen der Respirationsorgane allein denjenigen berücksichtige, welcher sich bis auf oder nur auf die Bronchien erstreckt, so thue ich es, weil er mir nicht allein wegen der im Text angeführten Gründe für meine ätiologischen Erwägungen einwandsfreier erscheint, sondern auch desshalb, weil von den leichteren Erkältungscatarrhen der oberen Luftwege selbst bei mir nur dann und wann einer zur Anzeige kommt. Allerdings gewönne man, wenn auch die Legion der letzteren notirt werden könnte, ein noch anschaulicheres Bild der obwaltenden klimatischen Verhältnisse, aber die Kranken kommen gewöhnlich erst dann zum Arzt, wenn sich Husten mit Brustschmerzen und dergl. einstellt. Eine der wahren Sachlage entsprechende Zählung der Erkältungscatarrhe konnte nur bei dieser Einschränkung und Umgrenzung versucht werden.

Offenbar erkranken in den allermeisten Fällen zuerst und oft ganz allein die, den resp. äusseren Schädlichkeiten näher liegenden oberen Luftwege, — es erscheint mir aber zweifellos, dass auch Catarrhe vorkommen, welche bei vorwiegendem oder ausschliesslichem Athmen durch den Mund und bei sehr widerstandsfähiger Schleimhaut des Pharynx und Larynx unmittelbar und ausschliesslich die Bronchien befallen.

Das sogen. Fortkriechen, die scheinbare Weiterverpflanzung des Catarrhs aus den oberen Respirationsorganen in die Bronchien kann, meiner schon oben ausgesprochenen Ansicht nach, nur dann stattfinden, wenn gleichzeitig auch in den Letzteren Epithelläsionen entstanden sind; hier habe ich nur hinzuzufügen, dass die Bronchitis sich erst desshalb später als die Coryza, Angina oder Laryngitis bemerkbar machen dürfte, weil in einem Falle die unteren Luftwege vielleicht langsamer auf die Noxe reagiren, in einem anderen, weil sie schwächer betroffen wurden etc.

Für die Abschätzung der wahren Anzahl unserer Erkältungscatarrhe möchte ich von den Aerzten, über deren Berichte ich schon oben sprach, namentlich den Hospital- und Specialärzten eine Competenz nicht zugestehen; sie bekommen in ihrem hauptsächlichen Wirkungskreise gewöhnlich nur die symptomatischen, secundären und allenfalls die schwersten idiopathischen Bronchitiden zu Gesicht. Zu einer Beurtheilung der hier untersuchten klimatischen Uebelstände wird sich aus ihrem Krankenmaterial kaum etwas Wesentliches ergeben.

Als Erkältungscatarrhe der Respirationsorgane im Grossen und Ganzen nur solche der Nase, des Rachens und Kehlkopfs gelten lassen zu wollen, hiesse die Existenz der äusserst häufigen leichten Bronchitiden überhaupt in Abrede stellen und würde im Widerspruch zu den Ansichten bekannter Autoren stehen. Z. B. Knauthe sagt (l. c. pag. 392): «in leichteren Fällen beginnt die Krankheit oft mit einem Nasencatarrh, der sich auf Larynx, Trachea und Bronchien fortsetzt; der anfangs trockene Husten wird bald locker und in 8—14 Tagen ist der Process, ohne dass besondere locale Symptome auf der Brust bemerkbar wurden, abgelaufen».

Der Erkältungshusten allein berechtigt, namentlich wenn Rasselgeräusche fehlen, noch nicht zur Annahme eines Bronchialcatarrhs; der Husten kann natürlich durch ausschliesslich nur in den oberen Luftwegen vorhandene Reizzustände entstehen. Wenn aber auch der Husten nicht immer von einer Bronchialerkrankung abhängt, so giebt es andererseits doch keinen Bronchialcatarrh ohne Husten und sind wir, falls dieses Cardinalsymptom neben einiger Brustbeengung und Empfindlichkeit oder sogar brennendem Schmerz in der Medianlinie der Brust besteht, auch ohne Vorhandensein der Rhonchi, zur Annahme eines leichten Bronchialcatarrhs (namentlich in einem stärker besuchten Ambulatorium, wo eine Diagnose sogleich gestellt werden muss) berechtigt. Diagnostische Correcturen wurden, wie gesagt, bei mir, wenn nöthig und thunlich, nachträglich gemacht.

Endlich habe ich zu Punkt 6 des Résumés hinzuzufügen, dass ich leider über keinerlei sichere Daten hinsichtlich der Häufigkeit der Erkältungsbronchitiden in noch höheren geographischen Breiten verfüge. Man käme bei Fortsetzung meines Calculs in entgegengesetzter Richtung sehr bald zu Punkten, wo (wenigstens für die Städter) mindestens ein Bronchialcatarrh jährlich auf jeden Einwohner fallen muss und, glaube ich, dass die nordischen Völkerschaften, Polarreisenden etc. nur durch Abhärtung in kühlen Behausungen, durch relative Windstille und dergl. vor beständigen Catarrhen bewahrt werden.

Referate.

Prof. A. Strümpell: Zur Pathologie der multiplen Sklerose. (Neurol. Centralblatt, 1896, № 21).

Ueber die Ursachen der multiplen Sklerose ist nichts Sicheres bekannt. Die von Paul Marie aufgestellte Behauptung, dass die m. S. an acute Infectionskrankheiten sich anschliesse, verwirft Str. als unbegründet. Ebenso konnte er in seinen Fällen niemals toxische Einflüsse nachweisen. Dass Erkrankungen des Gefässsystems die m. S. verursachen, lässt sich gleichfalls durch die anatomischen Thatsachen nicht erhärten. Angesichts eines Falles, wo die eigenthümliche Combination einer starken Hydromyelie, einer centralen Gliose und einer echten m. S. sich darbot, kam Str. auf die Vermuthung, dass die m. S. eine endogene d. h. in abnormen congenitalen Verhältnissen wurzelnde Nervenkrankheit ist. Mit dieser Hypothese stimmen mehrere Punkte aus der Pathologie der m. S. gut überein: sie tritt meist in jugendlichem Alter auf (die ersten Anfänge lassen sich manchmal bis ins Kindesalter zurückverfolgen), die Axencylinder bleiben lange verschont, der Ausgangspunkt der Erkrankung muss daher in der Neuroglia liegen. Demnach wäre die m. S. multiple Gliose, deren letzte Ursache in angeborenen Momenten zu suchen ist. Die im einzelnen Falle nachweisbaren exogenen Schädlichkeiten behalten ihre Bedeutung als Auslöser der Störung.

Für die Symptomatologie der m. S. macht Str. auf 2 Punkte aufmerksam. Das Intentionszittern» unterscheidet sich in den meisten Fällen in nichts von der Ataxie. Für die Theorie der letzteren geht daraus hervor, dass zum Zustandekommen der Ataxie Sensibilitätsstörungen nicht nothwendig sind. Ferner ist ihm das häufige Fehlen der Bauchdeckenreflexe aufgefallen, in 67% seiner Fälle, während bei 185 nervengesunden Personen nur in 13,5% dieser Reflex vermisst wurde.

Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. Hoor (Klausenburg)-empfiehlt das Aethylendiaminsilberphospat zur Behandlung von Augenleiden an Stelle des bisher gebräuchlichen Argent. nitricum. Es hat nach Schaeffer's Untersuchungen eine bedeutend grössere baktericide Kraft als das letztere, wirkt ebenso wie dieses in schwacher Concentration gfeässverengend und besitzt den grossen Vorzug alkalisch zu reagiren. In Folge der letzteren Eigenschaft sind die Reizerscheinungen am Auge nach Anwendung dieses Mittels nur sehr gering und von kurzer Dauer, während sie nach Argent. nitr. oft nicht unbedeutend sind, besonders wenn nicht das neutrale Arg. nitr. fusum, sondern das oft durch geringe Mengen freier Salpetersäure sauer reagirende Arg. nitr. crystallisatum in Verwendung gezogen wurde. Obgleich es tiefer in das Gewebe eindringt, scheint es nach den bisherigen Erfahrungen nicht zu Argyrose der Conjunctiva zu führen, vielleicht weil das Aethylendiamin das gebildete Chlorsilber zu lösen vermag. Es hat dieselben Indicationen, wie Arg. nitr., ist also bei allen katarhalischen und eitrigen Conjunctivitiden, bei Blennorrhoe neonatorum und Trachom am Platz und sollte auch als Prophylakticum gegen Blennorrhoe den Neugeborenen eingeträufelt werden; letztere Versuche an grösseren Gebäranstalten wären sehr erwünscht. Hornhautgeschwüre contraindiciren den Gebrauch nicht. Die Anwendung erfolgte in 5 procentiger wässeriger Lösung, die 1—2 Mal täglich auf die Conjunctiva gepinselt wird; bei starker Secretion bis 4 Mal und öfter täglich, ohne dass dadurch ein stärkerer Reizzustand hervorgerufen wird. Selbst bei Iritis und Cyclitis wird es gut vertragen. (Klin. Monatsbl. J. Aug. Heft VII, pag. 225).

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

613. Sitzung am 26. November 1896.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretair: W. Beckmann.

1. Herr Unterberger hält einen Vortrag über Lungentuberculose und ihre Behandlung, speciell in Haussanatorien. (In extenso in der St. Petersburger Med. Wochenschrift № 49 abgedruckt).

Herr Hirsch glaubt, dass die Einrichtung von Sanatorien im Sinne des Vortragenden in Petersburg wegen Raummangel in den Hospitälern undurchführbar sei.

Herr Moritz hält die früher anempfohlenen Curreisen von nur mehrwöchentlicher Dauer für ganz zwecklos, viel wichtiger ist es die ganze Lebensweise der Pat. zu regeln. Haussanatorien müssen nicht in Grossstädten, sondern besser in ihrer Umgebung eingerichtet werden. Ausser dem Raummangel stösst die Hospitalbehandlung der Schwindsucht deswegen auf Schwierigkeiten, weil eine genaue Individualisirung der Behandlung wegen der viel zu geringen Zahl des Pflegepersonals nicht durchgeführt werden kann. Auch die Hospitalskost ist ziemlich einförmig. Besser wäre es vielleicht Colonien einzurichten. Die ziemlich energische Cur, welche vom Vortragenden anempfohlen wurde, passt nicht für eine Categorie von Patienten, welche bei äusserst schonender Therapie recht alt werden. Die empfohlene Behandlungsmethode dürfte dagegen bei resistenten jungen Personen am Platze sein. Jedenfalls darf diese Behandlungsart nicht generalisirt werden.

Herr Unterberger glaubt, dass sich im Hospital sowohl, als auch in der Umgebung der Stadt wohl stets zwei Zimmer zu dem empfohlenen Zweck werden herrichten lassen, in denen die Pat. abwechselnd ihren Aufenthalt nehmen. Hydrotherapie und Hautpflege leisten jedenfalls Vorzügliches. Bei schwächlicheren Pat. wird man sich mit einfachen, trockenen Abreibungen begnügen müssen. Dieselben helfen gegen Nachtschweisse. Für gewisse Fälle ist selbstverständlich der Aufenthalt im warmen Klima anzurathen. Bis jetzt wird aber zu wenig für die Hautpflege gethan.

Die empfohlenen Massnahmen lassen sich sehr wohl dosiren: am wenigsten eingreifend sind trockene Abreibungen, den grössten Eingriff bilden dagegen Douchen. Zwischen diesen beiden Extremen giebt es eine ganze Reihe von Zwischenstufen.

Herr Masing hält es für eine wichtige Pflicht des Arztes vor der Behandlung der Tuberculose nicht zurückzuweichen. Je früher die Krankheit in Behandlung genommen wird, desto grösser ist die Zahl der erzielten Heilungen. Zur Zeit der Choleraepidemie in Hamburg wurde bei 50% aller Verstorbenen, meist kräftiger Hafenarbeiter, bei den Sectionen ausgeheilte Tuberculose irgend eines Organes nachgewiesen. Auf Naturheilung darf man aber nicht rechnen, vielmehr ist bei Ausübung des Berufs nur selten eine Heilung möglich. Es macht sich ein grosser Mangel an Sanatorien geltend, weil die Curen im Auslande monatlich 250—300 Rbl. erfordern, was nur von Wenigen bestritten werden kann.

In Mustamäggi wird ein Sanatorium mit 20 Betten gegründet und hoffentlich im nächsten Herbst eröffnet. Zur Gründung dieser Anstalt sind 22000 Rbl. gesammelt worden. Der Unterhalt derselben soll durch die einkommenden Krankengelder bestritten werden. Masing empfiehlt diese neue Anstalt dem Wohlwollen der Collegen und spricht sich für die Heilkraft der finnischen Luft aus.

Herr Moritz führt an, dass dank Kaiserlicher Schenkung ein grosses Sanatorium für Schwindsüchtige in Taitzy eingerichtet werden kann. Nicht vergessen werden darf, dass eine grosse Anzahl von Tuberculösen unheilbar bleibt. Die ungünstige Prognose kann in solchen Fällen meist in den ersten Wochen gestellt werden. Solche Pat. sollten nicht in Sanatorien geschickt werden.

Vermischtes.

— Der Prof. der Dermatologie und Syphilidologie an der Wladimir-Universität in Kiew, wirkl. Staatsrath Dr. M. E. Stukowenkow, begeht am 31. December d. J. das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— An Stelle des verabschiedeten Prof. Dr. Chorwat, ist der Prosector der Kijewer Universität Dr. Ssawtschenko zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie in Kasan ernannt worden.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg am 17. December der Director des hiesigen Hospitals der heil. Olga für unheilbare Kranke, wirkl. Staatsrath Dr. E. Tschernjawski im 76 Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner Studien an der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1845 war T. längere Zeit Militärarzt, bis er vor ca. 15 Jahren zum Director des genannten Hospitals ernannt wurde. 2) Am 12. September in Ssaratow der frühere Prof. der pathologischen Anatomie in Kiew, Dr. Georg Münch, im Alter von 60 Jahren an einer malignen Neubildung. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten und wurde, nachdem er sich im Auslande in der pathologischen Anatomie vervollkommnet, als Prosector am Arbeiterhospital in Moskau und fünf Jahre später in der gleichen Eigenschaft am Odessaer Stadthospital angestellt, an welchem er im Jahre 1875 auch das Amt des Oberarztes bekleidete. Im Jahre 1876 folgte er einem ehrenvollen Rufe als Professor der pathologischen Anatomie nach Kiew, welche Stellung er bis zum Jahre 1894 inne hatte, wo ihn zunehmende Krankheit zwang, in den Ruhestand zu treten. Viele Jahre hindurch fungirte M. auch als Präsident der Kijewer medicinischen Gesellschaft, welche ihn zu ihrem Ehrenmitgliede wählte. Grosse Verdienste hat sich der Verstorbene durch seine Arbeiten über den Typhus, die Pest in Wetljanka und namentlich durch seine Forschungen über die Lepra, welche er speciell im Wolgagebiet, im Kaukasus und in Turkestan anstellte, erworben. 3) Am 7. December in St. Petersburg der jüngere Arzt des Sophieschen Infant.-Reg. Sr. Majestät, Stanisl. Awgustinowitsch, im 31. Lebens-

jahre. 4) Am 14. December in St. Petersburg der junge Arzt Carl Gustav Morr, welcher erst im vorigen Jahre seine medicinischen Studien absolvirt hat. 5) In Ssamara der frühere Oberarzt des Ssamaraschen Gouv.-Landschaftshospitals Dr. Constantin Dogatkin an chronischer Nephritis im Alter von 62 Jahren. Nach Absolvirung der medico-chirurgischen Academie, war D. successive Arzt am Arbeiterhospital in St. Petersburg, Kreisarzt in Schuja, Gehilfe des Medicinalinspectors in Ssamara (v. 1865—1885) und zuletzt Oberarzt des Landschaftshospitals. Elf Jahre hindurch fungirte er auch als Präsident der Ssamaraschen Gesellschaft der Aerzte. Trotz seiner ausgebreiteten Praxis hat D. seine Familie mittellos hinterlassen.

— In Kiew hat sich eine neue physiko-medicinische Gesellschaft bei der Universität gebildet, welche in ihrer ersten Sitzung am 5. December Prof. M. E. Stukowenkow zum Präsidenten, Prof. Reformatski zum Vicepräsidenten, die Proff. Obolenski und Nawaschew zu Secretairen und Prof. Tichomirow zum Cassirer gewählt hat.

— Der Leiter der berühmten optischen Fabrik von Carl Zeiss (in Jena), Professor Abbe dem in erster Linie das Institut sein Aufblühen verdankt, ist anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Fabrik von der juristischen Facultät der Universität Jena zum Ehrendoctor ernannt. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Der Privatdocent Dr. Denig, erster Assistent der medicinischen Klinik in Tübingen, ist zum ausserordentlichen Professor für innere Medicin ernannt worden.

— Im nächsten Jahre werden in Warschau drei neue medicinische Zeitschriften in polnischer Sprache erscheinen: «Krytika Lekarska» unter der Redaction von Dr. Kramstyk; «Andrologia i Syfilografia», unter der Redaction von Dr. Missewicz und der «Kurjer lekarski».
(Nowini lekarskie Wr.).

— Am nächsten 1. Mai begeht die deutsche Universität Strassburg das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Wir bringen nachstehend einige interessante Daten aus dem Jahresbericht der Universität Jurjew (Dorpat) pro 1896.

Die Zahl der Studirenden betrug zum 1. December d. J. 908, und zwar in der medicinischen Facultät 530, in der theologischen 166, in der juristischen 109, in der physiko-mathematischen 73 und in der historisch-philologischen 30. Dazu kommen noch 277 Pharmaceuten und 25 freie Zuhörer.

Das Lehrpersonal der Universität besteht gegenwärtig aus 84 Personen (darunter 36 ordentliche und 20 ausserordentliche Professoren, 9 Docenten, 9 Privatdocenten, 2 Prosectoren).

Im Laufe des Jahres wurden in den Facultäten im Ganzen 579 Personen gelehrte Grade und Würden zuerkannt, davon in der medicinischen Facultät 451 Personen, und zwar die Würde eines Kreisarztes 6 Personen, die Doctorwürde 10, den Arzt-Grad 164, den Grad eines Magist. pharm. 3, den Provisorgrad 137, die Würde eines Dentisten 24, den Grad eines Apothekergehülfen 63 und die Würde einer Hebamme 44.

In der Zeit vom 1. December 1895 bis zum 1. Dec. 1896 sind in den Universitätskliniken ambulatorisch, poliklinisch und klinisch 19,004 Kranke behandelt worden.

Bezüglich der Robert-Heimbürger-Stiftung wird bekannt gemacht, dass das Universitäts-Conseil die für das laufende Jahr ausgesetzte volle Prämie für wissenschaftliche Werke medicinischen Inhalts im Betrage von 527 Rbl. 25 Kop. dem Werk des hingeschiedenen emeritirten ordentlichen Professors Alexander Schmidt: «Zur Blutlehre. Leipzig 1892» und der Fortsetzung hierzu: «Weitere Beiträge zur Blutlehre. Wiesbaden 1895» zuerkannt hat. Das für dieses Jahr ausgesetzte Heimbürgersche Reisestipendium ist nicht vergeben worden und wird fürs nächste Jahr aufbewahrt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. December d. J. 7582 (165 wen. als in d. Vorw.), darunter 814 Typhus — (0 wen.), 904 Syphilis — (4 wen.), 142 Scharlach — (11 mehr), 100 Diphtherie — (9 wen.), 18 Masern — (5 mehr) und 18 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. December 1896.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
354	246	600	142	37	97	17	7	12	60	54	49	44	40	32	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 13, Diphtherie 27, Croup 6, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 30, Todtgeborene 30.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 7. Januar 1897.

Tagesordnung. Dr. W. Beckmann: Beiträge zur Abdominalchirurgie. 25 Laparotomien.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 13. Januar 1897.

Adressen von Krankenpflegerinnen.

- Schwester Elise Tennison, Знаменская и Гродненск. ул., 36 кв. 73.
- Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
- Marie Mohl, В О. 1. л. 44, кв. 3.
- А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
- Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.
- Marie Winkler, уг. Соляновa пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
- Sophie Jordan, Подольская ул. 28, кв. 14.
- Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17 кварт. 19.
- Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.
- Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
- Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
- Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 12.
- Frau Hasenfuss, Мал. Подьяческ. д. 14 кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 4 Января 1897 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

›2 7£

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Wratsch. 37–44 incl.

K. Morkotun. ‹Ueber einen phosphorhaltigen Eiweisskörper in der Schilddrüse im Zusammenhang mit der Frage über die Function derselben›. (Nr. 37.)

Die Gruppe der Nucleoalbumine enthält Phosphor (Hammersten). M. zerkleinerte Schilddrüsen, die Ochsen entnommen wurden, verrührte dieselben mit destillirtem Wasser und gewann durch Kochen eine Bouillon. Diese wurde filtrirt, mit einer schwachen Salzsäurelösung versetzt und ein Niederschlag gewonnen, der filtrirt und mit Wasser, Spiritus und Aether durchwaschen wurde. Nach Austrocknung wurde ein hygroskopisches, weisses Pulver gewonnen, dessen Elementaranalyse ergab: C — 51,46; N — 15,56; P — 0,32; H — 6,94; S — 1,5; O — 24,22. Dieser Körper wird nach Hammersten ‹Tyrenucleoalbumin› genannt. Bei colloider Degeneration der Drüse geht dieser Körper voraussichtlich in Mucin über, der mit dem Nuclein synonym ist. Die gesunde Drüse hat die Fähigkeit einen complicirten phosphorhaltigen Eiweisskörper, das Tyrenucleoalbumin, auf dem synthetischem Wege aus Mucin oder Nuclein mit einem Eiweisskörper zu bilden. Nach Entfernung der Drüse fällt der Umwandlungsprocess des Mucins in Nucleoalbumin im Körper weg, wobei ersteres durch Anhäufung im Körper den unter dem Namen Myxoedema bekannten Zustand herbeiführt. Die durch Entfernung der Schilddrüse zu Stande kommende Alteration des Nervensystems ist auf den Mangel dieses phosphorhaltigen Eiweisskörpers zurückzuführen.

W. Golubew. ‹Ein Fall von vena cava super. duplex›. (Nr. 37.)

Beim Präpariren an der Leiche eines 43jährigen Mannes fand sich die Vene cava superior in der Doppelzahl. Ausser der cava sup. in ihrer gewöhnlichen Lage fand sich links von der Mittellinie ein Venenstamm, der sich aus der Vereinigung der vena jugul. comun. sin. und der vena subclavia sin. gebildet, den Herzbeutel durchbohrte und in den rechten Vorhof mündete. Die rechte vena cava war 1,5 Ctm., die linke 1,3 Ctm. breit. Aorta und die anderen Venenstämme boten in ihrem Verlauf keine Abnormitäten.

A. Wisel. ‹Ein interessanter Fall von multipler Sclerose› (Nr. 37.)

Es bestanden die Symptome der multiplen Rückenmarksclerose (Intentionszittern, Nystagmus, langsame, erschwerte Sprache, stumpfer Gesichtsausdruck, atactischer, wankender Gang etc.), daneben Herdsymptome, die auf Betheiligung der Varolschen Brücke zu beziehen waren, wie Parese des linken n. facialis und abducens, rechtsseitige Hemiparese der Extremitäten etc.

A. Brjusgin. «Zur Frage über die giftige Wirkung des Diphtherie-Heilserums bei Vögeln und anderen Thieren›. (Nr. 37.)

Tauben, Kaninchen und Hunden wurde das Heilserum injicirt in einer Menge von 10—30 Cbcm. ohne jeglichen Schaden. Nach der Injection fiel die normale Körpertemperatur.

N. Lobas. ‹Psychopathische Verbrecher›. (Nr. 37.)

Verf. ist in Sachalin, dem Verbannungsort, thätig und hat die Beobachtung gemacht, dass unter den in die Verbannung Geschickten die Zahl der Psychopathen eine recht ansehnliche ist.

P. Rosanow. ‹Die Choleraepidemie in Aschabad am 23. Juli 1892 und Einiges zur Erklärung derselben›. (Nr. 37.)

Nachdem in Aschabad im Juli vereinzelte Fälle von Cholera aufgetreten waren, wurden am 23. Juli 1892 — 245, am 24. — 128, am 25. — 78 Cholerakranke in's Lazareth geliefert; die Zahl der zu Hause Erkrankten mag eine gleiche gewesen sein. Das Auftreten vereinzelter Fälle vor dieser Explosion spricht eigentlich für die Immunität des Bodens. Verf. nimmt an, dass der 3 Tage vor dem Auftreten der Epidemie an Ort und Stelle beobachtete starke Wirbelwind, Niederschläge und Nebel, gemengt mit Staub, hingetragen und auf diese Weise auch Cholerabacterien eingeführt habe. Untersuchungen von anderer Seite dienen als Stütze für diese Annahme.

L. Warneck. ‹Ueber vaginale Uterusexstirpation nach der Methode von Doyen›. (Nr. 38.)

W. beschreibt 13 zum grossen Theil von ihm nach Angabe Doyen's operirte Fälle. Querschnitt im vorderen Scheidengewölbe, stumpfes Abpraepariren der Blase, Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe (Doyen führt einen Kreisschnitt um den Ansatz der Portio aus) Fixiren des Peritoneums nach Eröffnung des Douglas mit dem Scheidengewölbe, Durchschneidung der vorderen Wand des Cervix und Uterus vom os uteri ext nach oben, Herauswälzen des uterus durch das eröffnet vordere Scheidengewölbe, Anlegung von Klemmpincetten (beiderseits je 2), Loslösung des Uterus event. mit Adnexen, Tamponade mit Jodoformmarly, Entfernung der Klemmpincetten meist nach 46 Stunden. In 3 Fällen führte W. die Umstechung der Ligamente aus statt Anlegung der Klemmpincetten. 1 Todesfall. Genaue Krankengeschichten. Indication zur Exstirpation gaben Carcinoma uteri, Myome, Retroflexio etc.

P. Prokopenko. ‹Ueber die Behandlung chronischer Formen des Trachoms›. (Nr. 38.)

Verf. tritt warm für die Massagebehandlung ein, massirt selbst mit einem glatten Glasstab, worauf er mit Cupr. sulf. touchirt. Bei pannöser Trübung der Hornhaut bei Abwesenheit von Geschwüren wandte P. auch die Bestreichung mit dem Glasstab an. Die Heilung chronischer Fälle tritt oft erst nach 4—5 monatlicher Behandlung ein.

A. Batmanow. ‹Die Uebertragung der Infection von Lungentuberculose in Form von acuter Miliartuberculose und Meningitis cerebr. tuberc. (Nr. 38.)

In zwei Familien, die in von Tuberculösen früher bewohnte Zimmer einzogen, erkrankten bald darauf 4 Kinder an Miliar- und Hirnhauttuberculosis.

G. Likndi. ‹Einige Bemerkungen zur Charakteristik der Uransalze. Die desinficirende Eigenschaft dieser Salze›. (Nr. 38, 39 und 40.)

Es wurden Versuche an Reinculturen von Bact. coli commun., Cholerabacillen, Anthraxbacillen und dem Staphylococcus pyogenes angestellt. Das salpetersaure, essigsaure Uran und das doppelt weinsteinsaure Uran-Natron wurde in Lösung von verschiedenem Procentgehalt zu den Reinculturen gesetzt und die bacterientödtende Wirkung beobachtet. Eine eintägige Cholerareincultur wurde von einer 1/2 proc. Uranlösung in 5 Minuten, eine zweitägige in 1/2 Stunde, eine viertägige in einer Stunde abgetödtet. Das Uran zerstört wahrscheinlich die von den Bacterien producirten Toxine, ist also ein ‹Protoplasmagift›.

Th. Alexeew. ‹Das Knochenmark als blutbildendes Mittel bei chronischen Krankheiten und Inanitionszuständen›. (Nr. 38 und 39).

Verf. verfügt über 6 Fälle (chron. Malaria 2, chron. Lungenleiden 2, perniciöse Anaemie 1 und «chron. haemorrhag. Purpura› 1). Die Patienten mussten 1/8 bis 1/4 Pfund Knochenmark täglich zu sich nehmen.

A. Shdan-Puschkin. ‹Ueber den Einfluss der localen Erwärmung der Magengegend auf die Function des Magens bei Gesunden. Vorl. Mitth.› (Nr. 39.)

An 10 gesunden Individuen wurden 88 Versuche ausgeführt, die Magengegend wurde, sei es durch Priessnitz'sche Umschläge oder den japanischen Wärmekasten, erwärmt. In verschiedenen Zeitintervallen nach Genuss des Ewald'schen Probefrühstückes wurde der Magensaft untersucht, wobei Folgendes festgestellt wurde. Die Magensaftsecretion ist reichlicher, Vermehrung des Salzsäuregehaltes, die Gährungsverhältnisse und die Bildung von Milchsäure ist herabgesetzt, der Uebergang der Eiweisskörper in Peptone ist beschleunigt, die motorische Kraft des Magens und die verdauende Kraft des Magensaftes ist erhöht etc.

D. Kuraew. ‹Ueber den Eiweissgehalt ruhender und thätiger Muskeln. Vorl. Mitth.› (Nr. 39.)

In sich contrahirendem Muskel ist der Albumingehalt meist, das Myosin immer herabgesetzt, der Bestand der Eiweisskörper wird modificirt.

A. Federolph «Der Einfluss des chlorsauren Lithions auf Bacterien». (Nr. 39.)

Das chlorsaure Lithion in 2 proc. Lösung war auf das Aussehen der Cholera-Typhusbacillen, des bacill. coli commun., bac. megaterium, subtilis etc. von Einfluss. Es bilden sich verschiedene Gebilde, die bei den verschiedenen Arten verschiedenes Aussehen hatten. Bei den Choleraculturen sah man unter dem Mikroscop rundliche Kugeln, die meist ein körniges Aussehen hatten, lange fadenförmige Gebilde («gigantische Spirillen»). Bei den Typhusculturen stiess F. gleichfalls auf ähnliche kuglige Gebilde, «gigantische Verzweigungen» etc.

N. Mjasnikow. «Der Typhusbacillus und der bacill. coli commun.» (Nr. 40.)

Eine gewisse Variabilität in dem Aussehen, dem Wuchs etc. des bac. ilei comm. ist nicht zu leugnen. Die typische Form lässt Milch gerinnen, bildet auf zuckerhaltigem Nährboden Gaze und liefert Indol. Abarten verhalten sich in diesem Punkte verschieden. Den Typhusbacillus muss man als eine der Modificationen des bac. ilei comm. ansehen. Ersterer verhält sich den eben genannten Punkten (Gerinnung der Milch, Production von Gazen und Indol) gegenüber negativ.

T. Sokanowsky. «Ueber den Einfluss der Ruhe und Bewegung auf die Schnelligkeit der Resorption einiger Arzneimittel von Seiten eines gesunden Magens. Vorl. Mitth.» (Nr. 40.)

Bei horizontaler Lage geht die Resorption langsamer vor sich, als bei sitzender Haltung, Bewegung beschleunigt die Reaction und zwar das Gehen mehr als das Laufen. Die Resorption bei gesunden aber ermüdeten Leuten ist verlangsamt. 240 Untersuchungen wurden angestellt, Jodkali und salicylsaures Natron wurden probeweise verabfolgt.

G. Skoritschenko-Ambodik. «Ueber die Nothwendigkeit der Kenntniss der Geschichte der Medicin». (Nr. 40.)

Verf. spricht sich in seiner Antrittsvorlesung für die Nothwendigkeit der Kenntniss der Geschichte der Medicin aus, indem derselbe den Horizont erweitert, die Kritik schärft und einen Ueberblick schafft, der der Erfahrung zur Hilfe kommt.

P. Besnossow. «Ueber den Einfluss des Spiritus, des Rohrzuckers, schleimiger und stärkehaltiger Stoffe auf die Resorption einiger Arzneistoffe von Seiten des Magens bei gesunden Menschen». Vorl. Mitth. (Nr. 40.)

Aus den 260 Versuchen an 10 gesunden Individuen konnte folgendes Resultat gezogen werden: 30—50 pCt. Spiritus beschleunigt, 65 pCt. Spiritus verlangsamt die Resorption, 10 pCt. Rohrzucker regt die Resorption an, schleimige und stärkehaltige Stoffe halten die Resorption hintan. Jodkali und Natr. salicyl. wurden auf die Schnelligkeit der Resorption geprüft.

S. Wischegorodsky. «Ueber choleraähnliche Stäbchen im Wasser des Weden'schen Kanals». (Nr. 37, 39 und 40.)

Der Weden'sche Kanal ist ein Verbindungskanal in Petersburg. Bei der Zwecks bacteriologischer Untersuchung entnommenen Wasserprobe zeigte sich, dass einige Colonien (auf Agar) sehr ähnlich den der Choleracolonien waren. Die Stichculturen erinnerten bald auffallend an das Wachsthum einer Choleracolonie, bald wichen sie von dem Aussehen der letzteren ab und bildeten einen mehr breiten und oberflächlichen Trichter und verflüssigten die Gelatine rascher. Das mikroskopische Aussehen war kein gleichartiges, es fanden sich mehr weniger gekrümmte Stäbchen ungleicher Dicke. Einige erinnerten lebhaft an das Aussehen der Cholerabacillen, im Allgemeinen will Verf. nicht die Identität dieser Bacillen mit den Cholerabacillen fest hinstellen.

N. Batuew: «Arterielle Anomalie in der Gegend des Cruralcanales (Ursprung der art. epigastrica inf. aus der art. hypogastrica)». (№ 41 u. 43).

Der vordere Zweig der art. hypogastrica zerfiel in die art. pudenda comun., aus der die art. haemorrhoid. media hervorging, die art. umbilicalis und einen Stamm, aus dem gemeinsam die art. epigastr. inf. und die arteria obturatoria entsprang. Der gemeinsame Stamm vor der Theilung war 35 Mm. lang. Die art. obturatoria gab den ramus pubicus ab mit dem ramus anastomoticus. Die art. epigastr. inf. verlief längst der lin. innominata nach innen von der art. hypogastr. ext., durchschnitt die innere Oeffnung des Leistencanales, wo dieselbe den ramus pubicus abgiebt. Ausserdem war als Ergänzung zur art. epig. inf. ein Zweig anzusehen, der aus der art. hypogastr. ext. entsprang und zur hinteren Bauchdeckenwand hinzog.

A. Tschemolosow: «Ueber die hyaline Degeneration der Conjunctiva». (№ 41).

Vorläufige Mittheilung.

Die Untersuchungen T.'s haben ihn zu dem Resultat geführt, dass die hyaline Degeneration der Conjunctiva eine selbsständige Erkrankung ist und keine Uebergangsform, wie andere Autoren annehmen. Die Affection ist durch chronische Hyperplasie des Gewebes mit Neubildung und Veränderungen in der Gefässwand (Peri—Endarteriitis obliterans) verbunden Durch veränderte Ernährungsverhältnisse tritt in den Bindegewebsfibrillen und wahrscheinl. auch innerhalb der Zellen Degeneration ein. Anfangs sieht man hyaline Körnerchen, welche sich netzförmig verbinden und Schollen bilden.

N. Krawkow: «Zur Aetiologie der Lebercirrhose». (№ 41).

Das aetiologische Moment das dem Alcohol vindicirt wurde, zum Zustandekommen einer Lebercirrhose, verliert immer mehr an Bedeutung. Jüngst haben experimentelle Versuche mit Bacteriengiften zu classischen Bildern von Lebercirrhose geführt.

In diesem Sinne machte Verf. auch Experimente: er verleibte Hühnern und Tauben Koch'sche Cholerabacillen, Fäulnissbacterien, Streptococcus pyogenes etc. ein und beobachtete dass unter dem Einfluss einer chronischen Vergiftung das Leberparenchym cirrhotische Veränderungen einging. Beide Formen, die hypertrophische und atrophische, waren vertreten. Entweder wurden Bouillonculturen in einer Quantität von 5—15 Cbcm. in die Brustmusculatur täglich im Laufe von $1^1/_2$—3 Monaten injicirt oder in Zersetzung übergegangene Bouillon durch eine Schlundsonde in den Magen eingeführt.

B. Prschewalsky: «Ueber die operative Behandlung der Prostatahypertrophie». (№ 41 und 43).

Verf. bespricht die Anatomie, die historische Entwickelung der Frage über die operative Entfernung und den Einfluss der Castration auf die Prostatahypertrophie. Verf. stellt auf experimentellem Wege an Hunden fest, dass die auf die Castration folgende Atrophie der Prostata ihre Ursache in der Zerstörung der Integrität der Cooperschen Nerven hat. Wurden diese doppelseitig resecirt, so war eine Atrophie der Prostata die Folge. Letztere trat nicht ein, wenn die betreffenden Nerven nur unterbunden waren. Eine halbseitige Castration ist ohne Einfluss. Die Zerstörung der Nervenbündel des plex. spermat. int. führt zur Atrophie der Hoden.

D. Shbankow: «Einige Bemerkungen betreffs des Projectes über allgemeine Fürsorge». (№ 41 und 42).

N. Fenomenow: «Ueber die Exstirpation des uterus bei Myomen». (№ 42 und 43).

Unter kritisch-historischer Darlegung der üblichen Operationsmethoden bespricht Verf. die verschiedenen Operationsverfahren der Entfernung per vaginam und per laparotomiam. In jedem Fall sei nach Grösse, Lage des Tumors, seinen Beziehungen zu den Nachbarorganen, Beweglichkeit, Weite der Vagina etc. individuell vorzugehen, im Allgemeinen aber die Indication zur Entfernung per vias naturales nach Möglichkeit wegen der geringeren Gefahr auszudehnen. Die Unterbindung der Gefässe und die Castration verwirft Verf. als in ihrem Erfolg zu unsichere Operationen. Die Colpohysterotomie wird aufs Genaueste beschrieben, F. unterbindet nicht die Ligamente, sondern benutzt die Péan-Koeberlé'schen Klemmpincetten. Ist der Tumor wegen seiner Grösse nicht in toto zu entfernen, so führt F. das Morcellement aus oder schneidet den uterus der Länge nach durch (Doyen). Bei Nulliparen wird, wenn nothwendig ein tiefer Einschnitt durch Vaginalwand und Perineum gemacht.

G. Turner: «Zur Behandlung der Actinomyces-Erkrankungen». (№ 42).

Ein 51-jähriger Mann von gesunder Constitution erkrankte an einer Mittelohrentzündung und einer Geschwulst unter dem rechten Ohr, die sich über die Wange und unter und hinter den aufsteigenden Kieferast erstreckte. Trotz Incision, wobei Eiter zu Tage gefördert wurde, zeigte sich bald eine phlegmonose Röthe des rechten Gaumenbogens und der rechten Hälfte des harten Gaumens. Als hier incidirt wurde, fand T. im Eiter Actinomycespilze.

Später bildete sich unter dem rechten Kieferwinkel eine knorpelharte Geschwulst, die wegen der Nähe der grossen Halsgefässe nur theilweise entfernt werden konnte; ausserdem wurde nach Möglichkeit ausgekratzt und geätzt, später schwand die Infiltration gänzlich.

S. Tschistowitsch: «Ein Fall von Leberechinococcus». (№ 42)

Bei einem 23-jährigen Mann fand man in der rechten Oberbauchgegend einen beweglichen, fluctuirenden kindskopfgrossen Tumor, der 2 Finger breit unter dem Nabel reichte. Dabei bestand eine rechtseitige exsudative Pleuritis. Zweizeitige Operation nach Volkmann, es war ein multiloculärer Echinococcus. Genesung.

W. Okunew: «Die Rolle des Chymosins bei den assimilirenden Processen des Organismus». (№ 42).

Vorläufige Mittheilung.

Das Verschwinden der Peptone aus den Verdauungswegen und die Abwesenheit derselben im Blut und den Lymphgefässen ist durch die Rückverwandlung derselben in Albumin («Albuminisation») bedingt. Die Albuminisation ist eines der biologischen Factoren des Chymosins.

L. Papkow: «Ueber die Veränderungen des Herzmuskels bei Diphtherie». (№ 42).

Vorläufige Mittheilung.

Der Herzmuskel kann in frühem Stadium der Diphtherie von dem Diphtheriegift schädlich beeinflusst werden. Bei schnell tödtlich verlaufenden Fällen wird vornehmlich die Kittsubstanz pathologisch verändert, so dass die Muskelfasern in ihrem Zusammenhang gelockert werden und der Muskel in toto die Arbeit nicht leisten kann. In den sich länger hinziehenden Fällen mit tödtlichem Ausgang treten die Erscheinungen der Myocarditis in den Vordergrund.

M. Blumenau: «Ueber die multiple Neuritis: Pseudotabes oder die Nervo-Tabes in Folge von Quecksilber». (№ 43 und 44).

Manche von den Erscheinungen bei der Tabes sind auf Veränderungen der peripheren Nerven zurückzuführen, öfters täuscht aber eine alleinige Erkrankung der periphren Nerven das Bild der Tabes vor. B. beobachtete einen 21-jährigen Mann, der unmittelbar an eine acquirirte Lues und sich daran schliessende Hg-Behandlung zur gleichen Zeit mit ziehenden Schmerzen in den unteren Extremitäten alle Anzeichen einer Tabes dorsalis hatte, nebenbei bestand locale Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Atrophie der Musculatur. Der acute Beginn, das plötzliche Einsetzen fast aller Tabeserscheinungen und die bedeutende Besserung im Verlauf weniger Monate veranlassen Verf. in diesem Fall eine Erkrankung des Rückenmarkes auszuschliessen und eine sog. Nervo-Tabes anzunehmen. Dafür sprach ausser dem acuten Beginn und dem günstigen Ausgang die Druckempfindlichkeit der Nerven, die Arophie der Muskeln und die Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit der Muskeln, die Erhaltung des sphincter vesicae etc. Als ursächliches Moment wird nicht Lues angenommen, sondern entweder Gonorrhoe oder aber wahrscheinlich die Quecksilberbehandlung, mit Fortlassung der Hg-Behandlung besserte sich sofort der Zustand des Pat.

W. Tonkow: «Ein seltener Fall von angeborener syphilitischer Lebercirrhose». (№ 43, 44 und 45).

Ein 11-jähriges Mädchen wies die Erscheinungen einer Leucaemia auf dem Boden congenitaler Syphilis auf. Grosse Milz, die Zahl der weissen Blutkörperchen vermehrt, Lymphdrüsen hypertrophisch, allgemeine Anaemie, wiederholtes Nasenbluten. Daneben bestanden Icterus, Ascites. Bei der Section fand sich Lebercirrhose, Bindegewebswucherung und Stauungserscheinungen in der Milz, das Knochenmark des rechten femur hyperaemisch. Der Bau der Lymphdrüsen normal. Die Bindegewebswucherungen in der Leber traten vorzugsweise heerdweise auf.

A. von Schroeder: «Einkapselung des Distoma in den Muskeln des Hechts». (№ 43).

Die Cysten sind 0,5 Mm. gross, durchsichtig, befinden sich in dem Bindegewebe der Muskeln. Die Einbettungsmasse verkalkt früh oder spät, im Centrum der Cyste liegt ein Bläschen, das noch ein zweites in sich schliesst, in diesem ist der Parasit als ein plattbirnenförmiges eingeschrumpftes Gebilde zu sehen.

W. Lewaschew: «Ueber Untersuchungsmethoden der Qualität der Luft in Wohnräumen mit Hilfe von Kali hypermang.». (№ 44).

Vorläufige Mittheilung.

Das Kali hypermang. verdient zur Untersuchung des CO_2-Gehaltes der Luft angewandt zu werden, ebenso zur Bestimmung der Oxydationsfähigkeit der Luft.

W. Dolganow: «Ueber die Veränderungen der Netzhaut bei Infectionskrankheiten». (№ 44 und 45).

D. injicirte Thieren subcutan eine Reincultur von Streptococcus pyogenes aureus längere Zeit hindurch und fand mancherlei Veränderungen an der Netzhaut und dem Sehnerv, und zwar: Durchtränkung des Sehnerven mit weissen Blutkörperchen, Oedem der Netzhautschichten, Veränderung der Gefässwände, albuminose Transsudation zwischen den Nervenfibrillen, Zerfall der Stäbchen und Zäpfen feinkornige Transsudation zwischen Chorioidea und Netzhaut und im Glaskörper etc.

N. Andogsky: «Ueber einige Bedingungen zur Entwickelung der Vereiterung der vorderen Augenkamer post operationem und über die Art der Verbreitung auf die tieferen Theile des Auges». (№ 44).

Vorläufige Mittheilung.

A. injicirte chinesische Tusche und Culturen von Streptococcus pyogenes aureus in die vordere Augenkammer von Kaninchen ein und machte folgende Beobachtungen: Streptococcuscolonien, wenn dieselben in nicht zu grosser Quantität in die vordere Augenkammer gebracht werden, entwickeln sich dort nur langsam, weil die Coccen von weissen Blutkörperchen ergriffen und von dem Lymphstrom durch den Fontana'schen Canal fortgespült werden. Grössere Quantitäten rufen Vereiterung der vorderen Augenkammer und des Augeninneren hervor. Wird die Linse entfernt, so ist die Quantität der injicirten Cultur gleichgültig: es entwickelt sich eine Irido-Cyclitis und Panophthalmitis.

D. Nasarow: «Ueber den vergleichenden Einfluss der Milch und der gekästen Milch auf die Quantität der Aetherschwefelsäuren im Harn und der Bacterien in den faeces». (№ 44).

Vorläufige Mittheilung.

Die gekäste Milch verringert die Quantität der Aetherschwefelsäuren im Harn in geringerem Maasse, als die Milch. Die Anzahl der Bacterien wird bei Milchconsum in höherem Grade vermindert, als beim Genuss von gekäster Milch, in einigen Fällen finden sich aber die Bacterien bei diesem, wie bei jenem Nahrungsmittel vermehrt. Beide haben leicht diuretische Wirkung.

S. Winogradsky: «Ueber Cauterisation des Kehlkopfs mit gesättigter Lösung von Cuprum sulfuricum bei chronischer Laryngitis mit Aphonie». (№ 44).

Trousseau wandte Cuprum sulf. in Lösung bei Kehlkopfaffectionen an. Verf. hat 9 Fälle mit Erfolg behandelt.

Lingen.

Medicina № 27—37.

Prof. S. Wassiljew. «Ueber den Polymorphismus der Krebsgeschwülste und die klinische Bedeutung der Temperatur bei Krebs innerer Organe. (Schluss.) (Nr. 27—30.)

Auch die zahlreich angeführte Literatur über acute miliare Carcinose weist auf das begleitende Fieber hin, das remittirenden oder intermittirenden Charakter einhält. Daraufhin und auf Grund «genauen Studiums seiner klinischen Krankengeschichten» nimmt W. an, dass die acut verlaufende Miliarcarcinose grosse Aehnlichkeit mit der Miliartuberculose hat, obgleich das klinische Bild des Carcinoms innerer Organe und der in ihm sich abspielenden biologischen Veränderungen noch wenig bekannt ist. Ausser jener kann man noch 2 Formen der Carcinose unterscheiden: die chronische, lokale, ohne Temperaturerhöhung und die subacute mit unregelmässigen Temperaturschwankungen. Schon die Aehnlichkeit des klinischen Bildes mit der Tuberkulose giebt das Recht, die Carcinose als Infectionskrankheit zu betrachten. Dabei hat man es aber mit der Wirkung von zweierlei Arten Toxine zu thun: die einen sind das Product der Lebensthätigkeit der Parasiten und werden beim progressiven Wachsthum der Geschwulst gebildet, die anderen sind das Resultat des Zerfalls der Geschwulst und treten im regressiven Stadium auf. Der Polymorphismus des Carcinoms ist die Ursache des wechselnden klinischen Bildes: bei miliaren Knötchen verläuft es unter acuten Erscheinungen, bei solitären grossen Knoten ist der Verlauf ein chronischer. Diese Betrachtungen könnten wichtige Fingerzeige für die Therapie geben. So wird dieselbe bei fieberlosem, chronischem Verlauf, in der Annahme einer bestimmten Localisation der Geschwulst in der radicalen Entfernung derselben bestehen, bei fieberhaftem acutem Verlauf wird ein chirurgischer Eingriff resultatlos sein.

Den Schluss bilden Krankengeschichten und Sectionsprotokolle zweier vom Verfasser beobachteten Patienten, die allerdings so unvollständig sind, dass sie wenig für das eben gesagte beweisen. Die Therapie wird nicht erwähnt.

Prof. P. Kowalewsky. «Der Affekt». (Nr. 31, 32.)

Unter Affekt versteht Verf. eine Abweichung in der psychischen Function, die durch momentanen Verlust der Besinnung und Aufhebung des freien Willens charakterisirt ist, mit nachfolgender Erschlaffung und kurzer Geistesverwirrung, bei gleichzeitiger oft äusserst complicirter Thätigkeit des motorischen Systems. Man unterscheidet sthenische und asthenische, physiologische und pathologische (bei organischen Erkrankungen, Psychosen etc.) Affekte. Die sthenischen Affekte geben besonders oft Anlass zur gerichtsärztlichen Expertise und werden daher von Verf. genauer besprochen. Sie zerfallen in 3 Perioden: 1) die einleitende Periode, die von sehr verschiedener Dauer sein kann, 2) die Periode des eigentlichen Affekt oder der Geistesverwirrung, deren wichtigstes Symptom der Gefühlsausbruch ist, begleitet von Aufhebung des Denkvermögens, verstärkter motorischer Thätigkeit und Veränderungen in der Blutcirculation, Athmung und Ernährung der Hirncentren. Es erfolgt dabei eine scheinbar besondere organische Erregung der psychomotorischen Centren der Hirnrinde mit gleichzeitiger lähmender Wirkung auf die sensiblen Centren. Die dritte Periode ist die der Erschlaffung.

Zum Schluss werden einige lehrreiche Beispiele aus der Praxis des Autors angeführt.

Dowtschinsky. «Zur Behandlung der Masern». (Nr. 33.)

Die Erkrankung des Gehörorgans hält D. nicht für eine Complication, sondern für die Ursache der Masern. Die Behandlung ist daher in leichten Fällen mit Einträufeln von Borglycerin in die Ohren einzuleiten. Bei erhöhter Temperatur muss Calomel in grösseren Dosen (à 0,06–0,12) gegeben werden und zur Verhinderung einer eitrigen Ohrenentzündung, «deren Beginn durch Bronchopneumonie, croupösen Husten, Croup, Zahnschmerzen oder Nekrose des Zahnfleisches etc. gekennzeichnet ist, müssen so früh wie möglich Dampfbäder (2—5 Mal täglich) angewandt werden». «Gehirnerscheinungen, wie Erbrechen, Schlaflosigkeit, Stupor etc. bei hoher Temperatur werden, wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, durch Essigklystiere aa mit Wasser und Senfpflaster auf den Nacken beseitigt». Ebenso fleissig müssen bei niederer Temperatur Nacken und Rücken mit Canthariden-salbe eingerieben werden, verbunden mit Dampfbädern. Als Beispiele führt D. die eigenartigen Krankengeschichten seiner eigenen 4 Kinder und seiner Frau (Masern ohne Exanthem und Enanthem ?) an, aus denen hervorgeht, dass obige Therapie wenigstens keinen grossen Schaden gebracht hat. «Von 60 ebenso behandelten Masernkranken starben 4, davon 1 an catarrhalischer Pneumonie, 1 an Convulsionen im Beginn der Eruption (Meningitis), 1 an Nekrose der Darmschleimhaut und die übrigen (? Ref.) an Kehlkopfcroup» . . . «Zum Schluss, bemerkt D., halte ich es für nothwendig hervorzuheben, dass die Ohrenerkrankung bei Masern und Scharlach nicht durch Auftreten des Exanthems im Gehörorgan erklart werden kann, da die Ohrenkrankheit mit den von ihr abhängenden Gehirnerscheinungen auch bei den ohne Ausschlag verlaufenden Masern und Scharlach beobachtet wird. Wie bekannt, spielt die Ohrenerkrankung ebenfalls eine sehr wichtige Rolle bei der Sommerdiarrhoe.»

Letzteres war allerdings Ref. noch unbekannt, doch wissen wir ja bereits aus der früheren Arbeit desselben Autors (Medicina Nr. 14), dass sowohl Scharlach und Diphtherie als auch Hypertrophie der Mandeln, Zahnschmerzen und Zahncaries auf gleicher Ursache wie Masern beruhen und daher durch obige Therapie auch bei diesen Erkrankungen vom Autor glänzende Resultate erzielt wurden.

E. Gurin. «Ueber Behandlung der Cholera asiatica und nostras vermittelst Desinfection und Detoxication». (Nr. 33.

Ref. glaubt seiner Aufgabe am besten gerecht zu werden, wenn er einige Sätze wörtlich wiedergiebt.

«Da die Cholera, sagt G., eine acute Infectionskrankheit des Digestionsapparats ist, so muss zuerst die Frage aufgeworfen werden, ob die systematische Desinfection des Magens und Darmes nothwendig ist? Gewiss ist sie nothwendig!» . . . «Die Cholera ist nicht bloss heilbar, sondern sogar leicht und schnell heilbar, obgleich nicht jeder Cholcrakranke genesen kann, namentlich wenn andere Krankheiten voraufgingen oder der Patient moribund zur Behandlung überwiesen wird. Ich will noch mehr sagen: einen Cholerakranken in unserer Zeit verlieren, ist ein Vergehen!»

«Wie muss nun die Cholera behandelt werden? — Durch umsichtige Verordnungen, die von tiefem Verständniss und künstlerischer Eingebung zeugen, aber schnell und energisch». Die Behandlung besteht in gleichzeitiger Verordnung von verschiedenen Desinficientien, die nicht nur auf die Cholerabacterien, sondern auch auf alle übrigen Bacterien des Darmkanals zugleich wirken sollen. Es werden 13 Receptformeln angegeben, von denen folgende citirt sein mögen: 1) Tinct. aromat. et chinae comp. aa 10,0, Phenoli et Camphor aa 0,5—1,0, Saloli 2,0—4,0, Aetheris 10,0. 2) Tinct. gall. et colombo aa 10,0. Aetheris 5,0. Saloli 2,0—4,0, Acidi salicyl., Camphorae, Mentholi aa 0,5. 3) Saloli 4,0. Benzonaphtoli 1,0—3,0, Bismuth salicyl. 4,0, Resorcini 1,0—2,0, Tannini 0,5—2,0.

Erbrechen und Durchfall sollen im Anfang durch Magensonde und Klystiere unterhalten werden, dann folgen neben obengenannten Desinficientien hohe Klysmen mit Tannin oder stark verdünnten Sublimat, Kali hypermang., Argent. nitr.-lösungen und Hypodermoklysmen. Bei Krämpfen ist reichliche Wasseraufnahme per os und anum, Bäder, Einwickelungen angezeigt.

«Wenn man diese Therapie einhält, kann man jeden Cholerakranken retten und schnell heilen. Den Kranken aber sterben lassen oder das Typhoid nicht vermeiden können, muss dem Arzt als Vergehen angerechnet werden, wenn er den Beginn der Cholera antraf oder über die Möglichkeit einer vielseitigen Behandlung verfügte.»

Kasuistik fehlt natürlich.

T. Bjelawin. «Zur Aetiologie und Therapie des Scharlachs». (Nr. 34.)

2 Scharlachepidemieen (46 Patienten) bei Schulkindern brachten den Autor auf den jedenfalls originellen Gedanken, dass die schlechte Klassenluft, Fehlen von Sauerstoff, Kohlensäureüberladung, daneben zu seltene Bäder, eine «unvollkommene Verbrennung der Körpergewebe» und Autointoxication ermöglichen, als deren Folge die Erkrankung an Scharlach anzusehen wären. So erkläre sich leicht das Auftreten des ersten Scharlachfalles und das Befallenwerden der Schüler, wobei eine Uebertragung auf andere Personen (Aerzte, Feldscher, Schuldiener) nicht beobachtet wird und endlich die Unabhängigkeit von Klima, Boden. Zur Behandlung empfiehlt Autor, dessen Phantasie ersichtlich blüht, acid. carbol. pur. tropfenweise bis zu 18 Tropfen täglich zu verabreichen, daneben Wannen. Von 46 Patienten starb einer.

S. Borman. «Zur Wirkung des Thyreoidins auf den Stickstoffumsatz bei gesunden Hunden». (Nr. 34.)

Die in Glycerin macerirte und sterilisirte Hunde- oder Schafsthyreoidea wurde zu $1^1/_2$—20 Ccm. einem Hunde subcutan injicirt und der Stickstoff im Harn und Koth nach Kjeldahl-Borodin bestimmt. Ein unter gleichen Verhältnissen gehaltener zweiter Hund, dem kein Thyreoidin injicirt wurde, diente zur Controlle. Das Resultat war, dass beim Versuchsthier die Körpertemperatur stieg, die Diurese zunahm und ein verstärkter Eiweisszerfall eintrat. 5 Tage nach der letzten Injection wurde das Thier getötet. Die macroscopische und microscopische Untersuchung der Organe ergab im Allgemeinen das Bild einer Intoxication, die besonders in den Nieren ausgeprägt war (parenchymatöse, in Nekrose übergehende Nephritis). Die Follikel der Thyreoidea waren ausgedehnt und gefüllt mit Colloid, das Epithel theilweise desquamirt.

Prof. M. Drushinin. «Kurzer historischer Ueberblick über die Entwickelung der operativen Chirurgie». (Nr. 35.)

Antrittsrede in Jurjew.

J. Hubergrütz. «Ein Fall von Eisenbahnneurose». (Nr. 35.)

Der 33jährige Eisenbahnbeamte wurde wegen Kopfschmerzen, Schwindel (besonders während der Eisenbahnfahrt), Schmerzen im Rückgrat und n. ischiadicus d. und Abnahme des Gehörs und der Sehschärfe in die medicinische Klinik des Prof. S. Wassiljew aufgenommen. Diese Symptome hatten sich allmählich in den letzten 4 Jahren ausgebildet und waren besonders lästig während des Dienstes auf der Eisenbahn. Die Untersuchung ergab träge Pupillenreaction auf Lichteinfall, Zittern der Lider und Zunge, schwer abgrenzbare Hyperästhesie und Anästhesie der Haut, Verstärkung der Patella- und Muskelreflexe. H. schliesst hieraus, dass es sich um eine traumatische Neurose handelte, die von der Beschäftigung des Patienten herrührte. Nach circa 1 Monat verliess Patient geheilt die Klinik.

G. Nadjeshdin. «Zur okulistischen Thätigkeit in der Provinz». (Nr. 36.)

In $3^1/_2$ Jahren wurden 1219 Patienten behandelt, an denen 1904 Operationen vorgenommen wurden, darunter 456 mal wegen Ectropium, 231 mal bei Trachom, 432 mal bei Leukom, 455 mal bei Katarakt.

S. Jaroschewsky. «Zur Lehre der Leitungsaphasie.» (Nr. 37.)

Autor stellt auf Grund eines von ihm beobachteten Falles von Leitungsaphasie ein neues Schema auf, in dem ausser dem motorischen Centrum (M), dem sensorischen (Laut-)Centrum (A) und dem Begriffscentrum (B) noch ein mit A und M und durch diese mit dem peripheren optischen Apparat (O) verbundenes Centrum des Gedächtnisses (P) angenommen wird. Daneben stehen die Centren den Schriftzeichen (Lesen und Schreiben) in Zusammenhang mit P. Beim Kranken waren nun die Leitungsbahnen AB und BM unterbrochen, an deren Stelle die Leitungsbahn APM mit ihren Anschlüssen functionirte. Nach der bisher üblichen Nomenclatur wurden Unterbrechungen in den Leitungsbahnen AM, BM, AB als Paraphasie oder Leitungsaphasie bezeichnet, während die Ausserfunctionsstellung einer jeden dieser Bahnen einen besonderen Symptomencomplex giebt, so dass J. vorschlägt, die Unterbrechung von AM (die Paraphasie im engeren Sinn) als motorisch-sensorische Aphasie, die Unterbrechung von BM als idiogen-motorische und die von AB als idiogen-sensorische Aphasie zu bezeichnen. Im obigen Fall waren also letztere beiden Formen zu constatiren.

Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Juli—October).

J. Hagen-Torn: «Intravenöse Eingiessungen bei Cholera. Zur Pathologie der Cholera». (Schluss). (Juli-October).

Die mit ausserordentlichem Fleisse angestellten klinischen Untersuchungen bringen den Verfasser u. A. zu dem Schluss, dass die Pulsfrequenz im algiden Stadium häufig nicht vermehrt, dass der Blutdruck bei kleinem, harten Puls ziemlich hoch ist. Der Puls wird erst zugleich mit sinkendem Blutdruck einige Zeit nach Beginn des algiden Stadiums weich. Dabei konnte in einigen schweren Fällen, wo Anurie die Regel ist, ein Fortdauern der Harnsecretion beobachtet werden. Im Urin war in den ersten Tagen stets Eiweiss nachweisbar. Je stärker das algide Stadium, desto deutlicher war auch das Stadium reactionis ausgebildet. Der Puls war in letzterem weich und voll, der Blutdruck sank, die Respiration wurde tiefer und seltener. Die Temperatur war in der Mehrzahl der Fälle im Reactionsstadium unter der Norm. Der comatöse Zustand hing scheinbar nicht von der Urinsecretion ab und war besonders in denjenigen Fällen deutlich ausgesprochen, wo das algide Stadium schwer und langdauernd gewesen war. Nach den intravenösen Eingiessungen trat eine Unterbrechung des algiden Stadiums ein, das manchmal am selben oder nächsten Tage, häufiger aber gar nicht wiederkehrte. Neben den bekannten Veränderungen des Pulses, der Respiration und der Urinsecretion bringt die Eingiessung eine Temperaturerhöhung hervor, die 5—15 Stunden dauert. Wenn die Temperatur noch am selben Tage wieder subnormal wurde, trat das algide Stadium wieder auf. Ausser unwiderlegbar günstiger Einwirkung, verlängerte die Eingiessung die Lebensdauer in infausten Fällen. Von den mit Eingiessungen behandelten letal verlaufenen Fällen starben 46 Procent im Reactionsstadium, von den ohne Eingiessungen behandelten letalen Fällen starben 71 Procent im algiden Stadium. Im Reactionsstadium brachten die Eingiessungen wenig Nutzen. Es wurden 1000—4000 ccm. (meist 2,5—3000) physiologischer Kochsalzlösung von 42—44° zu einer Eingiessung verbraucht und wenn nöthig wiederholt. Bei einigen Patienten war das Lumen der Venen so eng (sowohl Arterien als Venen sind im algiden Stadium contrahirt), dass es nicht möglich war, eine Kanüle einzuführen. Um ein Zusammenfallen der Vene zu verhindern, wurde dieselbe nicht herauspraparirt und unterbunden, sondern die Gefässwand einfach mit einer Scheere aufgeschlitzt.

Was nun die Pathologie der Cholera betrifft, so spielt nicht die Affection des Verdauungskanals die Hauptrolle, sondern die als Folge der Intoxication auftretenden Veränderungen in der Blutcirculation. Im algiden Stadium hängen die Symptome mit dem Spasmus der Gefässwände und überhaupt aller glatten Muskelfasern, im Reactionsstadium mit der Erschlaffung derselben zusammen. Im letzteren Stadium treten auch Erscheinungen von Seiten der inneren Organe auf, die während des algiden Stadiums durch die veränderte Blutcirculation und vielleicht auch directe Wirkung der Toxine zu leiden hatten. Die Therapie muss daher im algiden Stadium vor allen Dingen auf Wiederherstellung der gestörten Circulation bedacht sein und wird dieser Aufgabe am besten durch heisse Wannen, Dampfbäder, heisse intravenöse Eingiessungen gerecht werden. Letztere dürfen nicht zu klein dosirt werden, da sie nicht nur den Anstoss zur mechanischen Fortbewegung des Blutes geben sollen, sondern auch den Gefässspasmus aufheben müssen. Gelingt dieses nicht, wie es bei zu geringen Mengen infundirter Salzlösung leicht geschieht, so tritt der Spasmus der Gefässwand wieder bald auf und Patient stirbt im algiden Stadium. Natürlich sind diese intravenösen Eingiessungen nicht als specifisches Mittel gegen Cholera zu betrachten, sondern nur als mächtiges therapeutisches Hilfsmittel gegen das algide Stadium.

A. Tscheremschansky: «Zwei Fälle von Gastrostomie bei Krebs des Oesophagus». (Juli, August).

Beide Patienten boten das Bild der Krebskachexie mit Stenoseerscheinungen und Symptomen von Seiten der Lungen, die auf Mitbetheiligung der Trachea hinwiesen. Im ersten Fall (41-jähriger Patient) wurde der Schnitt parallel dem Rippenbogen geführt, der atrophische Magen mit Peritoneum umsäumt und eröffnet. Nach 14 Tagen ging Patient unter bronchopneumonischen Erscheinungen zu Grunde. Die Section ergab exulcerirtes Carcinom im oberen ⅓ des Oesophagus, das in die Trachea hineingewuchert war und zur Perforation geführt hatte. Ausser bronchopneumonischen Heerden wurden Krebsmetastasen in den Lungen gefunden. Beim zweiten ähnlichen Fall (53-jähriger Patient) oporirte T. nach Sabanejew. Patient starb in der Nacht darauf. In letzterem Fall war der Magen erweitert, daher lagen günstige Verhältnisse für die Sabanejew'sche Methode vor, doch hält T. dieselbe bei atrophischem Magen und Verwachsungen wegen der nothwendig werdenden Zerrung der Magenwand für nicht empfehlenswerth.

J. Treuberg: «Ueber Nierenechinococcus». (October).

Der 21-jährige, kräftige Matrose klagte über Schmerzen und Anschwellung in der rechten Bauchhälfte, die circa vor 1 Jahr aufgetreten sein sollen. Bei der Untersuchung im Herbst 1894 wurde eine faustgrosse harte Geschwulst mit glatter Oberfläche im rechten Hypochondrium constatirt, die deutlich ballotirte und von der rechten Niere durch eine tympanitische Zone getrennt war. Allmählich nahm die Geschwulst an Grösse zu, im Harn zeigten sich zeitweise geringe Mengen Eiweiss, 2 Mal trat starke Hämaturie auf, die Probepunction blieb resultatlos. Im März 1895 war die Geschwulst mannskopf gross, verursachte heftige Schmerzen und durch Druck auf das Colon Obstipation. Die Oberfläche war wie früher glatt, die Consistenz hart. T. schritt nun zur Operation (Querschnitt nach Pean), bei der ein grosser, von der rechten Niere ausgehender Echinococcussack gefunden wurde. Derselbe wurde in die äussere Wunde eingenäht und eröffnet. Heilung nach 2½ Monaten. T. spricht sich zu Gunsten der Echinococcotomie bei Nierenechinococcus aus.

M. Smilgewitsch: «Ein einfacher und practischer Modus der Autolaryngoskopie». (October).

Da die bis jetzt empfohlenen Methoden den Autor wenig befriedigten, versuchte er sich mit Hilfe eines einfachen Planspiegels, hinter dem ein Hohlspiegel (Reflector) gehalten wird, zu laryngoskopiren. Die Lichtquelle (Lampe, Sonne) muss sich im Rücken des Untersuchers befinden, so dass ihre Strahlen direct von dem über den Planspiegel hervorragenden Reflectore auf den Kehlkopfspiegel reflectirt werden. Nach einiger Uebung gelangte S. zu grosser Fertigkeit im Autolaryngoskopiren.

G. Griwzow: «Der syphilitische Schanker des Auges in aetiologischer und klinischer Beziehung». (October).

Es handelte sich um einen jungen Matrosen, auf dessen rechtem, unteren Augenlide sich ein charakteristisches ulcus molle vorfand, das auch auf die Schleimhaut des Lides übergegangen war. Die Gesichts- und Halslymphdrüsen waren rechts stärker geschwollen als links, die Axillardrüsen und Cubitaldrüsen wenig vergrössert, die Inguinaldrüsen normal. Der Körper war bedeckt von frischer roseola elevata. An den Genitalien nichts pathologisches. Es bestand also hier eine sehr rasch auf das primäre ulcus folgende Allgemeininfection, die die Diagnose der Augenerkrankung bedeutend erleichterte. Das Auge selbst war normal. Patient hatte sich dadurch inficirt, dass er mit Handtüchern seiner Kameraden, unter denen einige Syphilitiker waren, sein Gesicht abgewischt hatte.

Weyert.

Westnik obschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 1—6 incl.

W. W. Swjatlowsky. «Das Filzballen-, Bürsten- und Borstengewebe vom sanitären Standpunkt». (Nr. 1.)

Bei dem ersten wirken hauptsächlich die sog. Vorbereitungsmanipulationen des Rohmaterials (Schafwolle, Kaninchen- und

Hasenfelle) schädlich, indem beim Reinigen desselben sich eine Unmenge von Staub entwickelt, der die Schleimhäute reizt und in die Lungen eindringt. Die Felle ausserdem müssen behufs des leichteren Enthaarens mit einer Lösung von Quecksilber, Arsenik und Sublimat in Königswasser eingerieben werden. Die Lösung wird von den Arbeitern selbst hergestellt und eingerieben. Die sich entwickelnden salpetersauren Dämpfe reizen die Luftwege in hohem Grade. Der Quecksilberoxyd- und Arsenikstaub, der die Atmosphäre der Arbeitsräume erfüllt, führt beim weiteren Verarbeiten des Rohmaterials zur chronischen Quecksilber- und Arsenvergiftung: Kachexie, Durst, Anorexie, Stomatitis, Asthma, Tremor, Ulcerationen und Hautkrankheiten, bei Weibern ausserdem noch häufige Aborte und Todtgeburten. Die Hauptschädlichkeiten des Bürsten- und Borstengewerbes sind ebenso von der Bearbeitung des Rohmaterials abhängig. Da die Thierhaare an die Fabriken meist noch im Zusammenhang mit Fellstücken kommen, so werden sie in hohen Stapeln zusammengelegt, mit Wasser begossen und mit Stroh bedeckt. Nach 12—15 Tagen tritt Fäulniss ein und die Haare lassen sich leicht vom Fell trennen. Der Fäulnissgeruch verpestet die Luft der Umgebung solcher Fabriken; die Arbeiter selbst erkranken häufig an Furunkel und Karbunkel, da die Felle oft von kranken Thieren stammen.

W. A. Alexandrow. «Zur Frage der physischen Entwickelung des Bauervolkes des Melitopolschen Kreises». (Nr. 1.)

Als Mitglied der Wehrpflichtscommission hatte der Verf. im Laufe von 10 Jahren die Gelegenheit das Bauervolk im Wehrpflichtsalter zu beobachten. Die Ergebnisse seiner Beobachtungen sind folgende: 1) Der vorwiegende Wuchs unter den Wehrpflichtigen des Melitopolschen Kreises ist 2 Arschine 5—5⁷/₈ Werschock (28,2 pCt.) und 2 Arschine 6—6⁷/₈ Werschok (26 pCt.); einen Wuchs von unter 2 Arschin 3 Wer. hatten 1,7 pCt. 2) Das pCt. derjenigen, die Aufschub bekommen haben oder als Wehrpflichtsunfähige befreit wurden, war am niedrigsten unter den Wehrpflichtigen, die einen Wuchs von 2 Arschin 4—4⁷/₈ Wer. hatten, am höchsten unter denen, die einen Wuchs von 2 Ar. 2 Wer. und darunter und 2 Arschin 9 Wer. und darüber hatten. 3) Die Zunahme des Wuchses nach einem Jahre um ¹/₈ Wer. wurde in 27,6 pCt., um ²/₈ Wer. in 17,5 pCt., um ³/₈ Wer. in 8,3 pCt. beobachtet, nach 2 Jahren konnte eine Zunahme des Wuchses um ¹/₈—³/₈ Wer. in 62,6 pCt. verzeichnet werden; der Breitenumfang nahm nach einem Jahre Aufschub am häufigsten um ¹/₈ und ²/₈ Wer. zu. 4) Eine gleichzeitige Zunahme des Wuchses und Breitenumfanges wurde am häufigsten constatirt und zwar sowohl nach einem Jahre Aufschub (44,9 pCt.), als auch nach 2 Jahren (bei 59 pCt).

Prof. Iv. Skworzow. «Der achte internationale hygienisch-demographische Congress». (Nr. 1—6).

Eine sehr ausführliche Beschreibung des in den 19 Sectionen der Hygiene und 7 Sectionen der Demographie des achten Congresses zu Budapest abgehandelten Materials.

N. M. Lowjagin. «Zur Kenntniss der Zusammensetzung der Handelsweine. (Aus der hygienischen Station zu Warschau)». (Nr. 2.)

Die Untersuchung einer grösseren Reihe von Proben der verschiedenen im Verkauf stehenden Weinsorten führt den Verf. zum Schluss, dass die Fälschung derselben eine immer grössere Verbreitung findet. Schon abgesehen von der Zusammensetzung des Weintraubensaftes und seiner verschiedenen Veränderungen unter dem Einfluss der mannigfaltigen atmosphärischen und Temperaturverhältnissen, sind auch unsere Kenntnisse der Eigenschaften und Bestandtheile der russischen Weine, sowie ihrer Bereitungsweise und der verschiedenen Umarbeitungen, denen sie in den Weinlagern unterliegen, sehr mangelhaft. So lange dies Alles der Fall ist, kann von gesetzlichen Bestimmungen, die den Weinbau auf den richtigen Weg lenken sollten, noch keine Rede sein.

A. J. Bogoslowsky. «Das Erkranken der Schulkinder in Jalta in Beziehung zu ihrer körperlichen Entwickelung». (NNr. 2, 4, 5 und 6.)

Als Material dieser hochinteressanten statistischen Arbeit dienten dem Verf. die Ergebnisse seiner in den Jahren 1883, 1887 und 1890 vorgenommenen Untersuchungen aller Schulkinder einiger Elementarschulen und des Progymnasiums für Mädchen und die Ergebnisse der alljährlichen Besichtigung der Schüler des Progymnasiums im Laufe von 16 Jahren. Im Ganzen wurden 1106 Schulkinder (648 Knaben und 458 Mädchen) untersucht. Alle Krankheitsfälle werden von ihm in zwei Gruppen eingetheilt: in 1) weniger zahlreiche, die meistens nicht unter der directen Einwirkung der Schule sich entwickeln und in 2) viel zahlreichere Erkrankungen, an deren Entwickelung die Schule den grössten Antheil nimmt. In Bezug auf die erste Gruppe, zu welcher Verf. Anaemie, Chlorose, Tuberculose, Rhachitis u. a. zählt, konnte man folgendes beobachten: vom 7. Lebensjahre, d. h. vom Beginn des eigentlichen Schulalters an, wächst die Zahl der Erkrankungen immer mehr und steht in directem Zusammenhange mit der Zunahme des Wuchses der Kinder, so dass hochgewachsene Kinder häufiger erkranken, als Kinder mittleren und niedrigen Wuchses und bleiben auch in ihrer allgemeinen physischen Entwickelung zurück. Schwieriger zu beantworten sei die Frage, ob der schwächere Körperbau Ursache oder Folge des häufigeren Erkrankens der hochgewachsenen Kinder sei? Für die erste Annahme spräche der Umstand, dass die Zahl der Erkrankungen dem relativ geringeren Brustumfang derselben proportional ist. Die Progymnasien gaben eine höhere Erkrankungszahl, als alle übrigen Schulen, was durch die schwächere körperliche Entwickelung der Gymnasiasten bedingt war, deren bessere materielle Verhältnisse, im Vergleich zu den Schülern der Elementarschulen, keinen merklichen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand hatte. Von den Krankheiten der zweiten Gruppe waren besonders Caries der Zähne, habituelle Kopfschmerzen, periodisch auftretende Nasenblutungen unter den Schulkindern stark verbreitet, zu den minder häufigen gehörten Myopie und Ermüdung der Augen. Auch für diese Krankheiten liess sich der grosse Einfluss der körperlichen Entwickelung constatiren, indem die schwächeren Kinder viel häufiger und stärker an denselben litten. Das Hauptcontingent der Leidenden gaben auch hier die Progymnasien ab, während die Kinder der Elementarschulen sich eines besseren Gesundheitszustandes zu erfreuen hatten. Verf. erklärt diesen Umstand durch die viel höheren Anforderungen, die die Progymnasien an die Schulkinder stellen, sowohl in Bezug auf die Zeit, die sie innerhalb derselben beschäftigt sind, als auch in Bezug auf die Zeit, die sie zum Anfertigen der Aufgaben zu Hause gebrauchen müssen. Man sieht aus den Beobachtungen des Verf. zur Genüge ein, dass unsere Schulen, besonders die sog. mittleren Schulen, zahlreiche für das Erkranken der Kinder prädisponirende Momente schaffen, indem sie den normalen Gang der Entwickelung des kindlichen Organismus stören, denselben schwächen und ihn für alle Krankheiten empfänglicher machen. Jeder, der dieselben durchgemacht hat, kann es durch zahlreiche Beispiele bestätigen, die unbefangene Statistik aber ist in dieser Hinsicht der beste Zeuge! A. Sacher.

Shurnal russkago obschestwa ochranenija narodnago sdrawija (Nr. 5—6 incl.) 1895.

N. Lawjagin. «Das Warschauer Bier».
Ergebnisse der an der hygienischen Station im Jahre 1894 ausgeführten Untersuchungen desselben. (№ 5.)

A. Wirenius. «Prof. Preyer's Ansicht über die jetzige Schule und die Erwiderungen seiner Gegner». (№ 6.)

A. Jagodinsky. «Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei der Puerperal-Eclampsie». (№ 6.)

In allen 8 vom Verf. untersuchten Fällen bestanden Oedem und Blutungen der weichen Hirnhaut und des Hirngewebes. Bei der microscopischen Untersuchung des Gehirns zeigte sich trübe Schwellung und fettige Degeneration der Nervenzellen bis zur vollständigen Necrose derselben, die sich durch den Verlust des Chromatins des Zellkerns kennzeichnet. Ausserdem konnte man noch Proliferation der Zellen der Neuroglia und Auswandern der Leukocyten aus den Gefässen beobachten. Alle diese Erscheinungen sprechen dafür, dass es sich bei der Eclampsia puerperalis um die Entwickelung eines acuten, diffusen Entzündungsprocesses des Hirngewebes handelt, der zur Necrose vieler Nervenzellen führt.

Bagensky. «Die Pockenimpfung in Russland». (№ 6.)

In der Bereitung des Impfmaterials herrscht bei uns eine vollständige Verwirrung. Ohne jede Prüfung hinsichtlich seiner Kenntnisse hat jeder das Recht nach seinem Wissen das Impfmaterial zu bereiten und zu impfen. Es beschäftigen sich damit hauptsächlich Feldschere, Barbiere, «kluge Männer», Dorfweiber u. a., meistens Analphabeten. Alle benutzen sie fast ausschliesslich humanisirte Lymphe, wobei die Stammimpflinge, der ärmsten Klasse gehörend, sehr oft scrophulös, tuberculös, od. sogar syphilitisch sind. Ueble Zufälle bei der Impfung, bei der die Impfer niemals die Hände reinigen, verrostete Instrumente gebrauchen, sind keine Seltenheit: septische und diphtheritische Processe, Erysipel schliessen sich oft der Impfung an. Oft hat man die Gelegenheit zu beobachten, wie die Impfer, um die Lymphe zu bekommen, die Vaccinepustel mit einem schmutzigen Instrument abschaben, auf einem unreinen Gläschen sammeln und zwecks der weiteren Anwendung mit eigenem Speichel, unreinem Wasser oder Glycerin verdünnen. Horribile dictu! A. Sacher.

Дозв. ценз. Спб. 13 Января 1895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 37—47.

W. Lanewsky. «Beobachtungen über die temperaturherabsetzende Wirkung des Guajacol bei cutaner Application». (Nr. 37—39.)

Autor wandte das Guajacol bei 12 fiebernden Patienten, die an Lungentuberkulose, Abdominaltyphus, Endometritis etc. litten, an — in einer Menge von 5—20 Tropfen pro dosi. Dieselben wurden mit einem Pinsel in die Haut gerieben und darauf die betreffende Stelle mit Wachspapier bedeckt. Im allgemeinen waren die Resultate in nichts von den bereits bekannten verschieden. Stets wurde reichlicher Schweissausbruch beim Temperaturabfall und Schüttelfrost bei dem nach ½—1 Stunde folgenden Temperaturanstieg beobachtet. Der specifische Geschmack im Munde und der Geruch der Ausathmungsluft (2 Selbstbeobachtungen) beweisen, dass das Guajacol theilweise durch die Lungen ausgeschieden wird. Auch im Urin konnte L. Guajacol nachweisen. Die Summe der Erscheinungen spricht für eine deprimirende Wirkung des Guajacol auf die automatischen Nervencentren, deren Thätigkeit im Fieber erhöht ist. Da aber diese Wirkung wenig erwünscht sein kann, so erklärt sich L. auch gegen die Anwendung des Guajacol als Antipyreticum und möchte es nur als Diaphoreticum oder höchstens im Anfangsstadium der Lungentuberkulose indicirt sein lassen.

A. Ekkert. «Die Cholera 1894». (Nr. 38—41.)

Bericht über die im Sommer 1894 im weiblichen Obuchowhospital behandelten Cholerakranken. Aufgenommen wurden 295, von denen 177 = 60 Procent starben. Von 211 schweren Fällen starben 80,5 Procent, von 84 leichten 8,3 Procent. Die meisten Kranken standen im Alter zwischen 20 und 40 Jahren und kamen pulslos oder mit kaum fühlbarem Puls zur Aufnahme. Beim Uebergang in das Typhoid wurde der Puls jedesmal voll, gespannt und langsamer, so dass schon die Veränderung des Pulses zur Diagnose des beginnenden Typhoids genügte. Unter den therapeutischen Mitteln sah E. von heissen Wannen (32—33° R.) und Excitantien noch den besten Erfolg.

M. Schiperowitsch. «Die Nieren als therapeutisches Mittel bei einigen Nierenkrankheiten». (Nr. 41—45.)

Zuerst stellte Autor mehrere Versuche bei Gesunden an, denen er Schweins- und Schafsnieren in rohem Zustand zu essen gab oder den sterilen Extract subcutan injicirte. Ausser geringer Zunahme der Harnmenge wurden keine besonderen Veränderungen constatirt. Dann wiederholte er dieselben Versuche bei 35 Nephritikern (mit acuter und chronischer parenchymatöser Nephritis, Schrumpfniere, Amyloid) und konnte darnach Zunahme der Diurese, Abnahme des Eiweissgehalts und des specifischen Gewichtes des Urins und Aufhören aller urämischen Symptome beobachten. Bei Aussetzen der Nierenfütterung nahm die Harnmenge wieder ab, das Eiweiss zu, das specifische Gewicht stieg. Die mikroskopische Untersuchung des Urins ergab massenhaftes Auftreten von Leukocyten; Cylinder, Epithelien, Erythrocyten verschwanden auffallend rasch. In 3 letal verlaufenden Fällen wurde die Eiweissmenge im Urin durch Niereneinnahme nur wenig beeinflusst. Nach Einnahme von nicht unter 20 Nieren blieb der therapeutische Effect bestehen, so dass die Patienten als geheilt (?) zu betrachten waren. Auch bei 2 Herzkranken mit Compensationsstörungen waren subcutane Injectionen des Extracts von günstiger, wenn auch vorübergehender Wirkung auf die Herzthätigkeit. Die Harnmenge wurde bei 2 Patienten mit Schrumpfniere nach innerer Verordnung der Niere bedeutend herabgesetzt. Aus allem geht hervor, dass die bei Nierenerkrankungen ausfallenden physiologischen Agentien durch Einführung frischer Nieren ersetzt werden können.

J. Eiger. «Zwei Fälle von Sarkom des Duodenum». (Nr. 42, 43.)

Beim ersten (25 j.) Patienten fand sich bei der Autopsie ein Sarkom des unteren Abschnitts des Duodenum und des oberen Theils des jejunum, beim zweiten (33 j.) ein Sarkom des oberen horizontalen und des absteigenden Schenkels. Im ersten Fall waren Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen stark afficirt, der erkrankte Darmabschnitt zwischen ihnen eingebettet. Im zweiten Fall waren eine Menge Metastasen im Darm und den übrigen Organen vorhanden. Klinisch trat im ersten Fall besonders die schnell zunehmende Kachexie und das Erbrechen in den Vordergrund; im Erbrechen war keine Salzsäure nachweisbar, dagegen Galle. Im zweiten Fall wurde neben Kachexie Icterus beobachtet, während Erbrechen fehlte.

G. Olejnikow. «Ein in den Gallengang perforirter Leberechinococcus». (Nr. 43.)

Der 3 Monate vordem an Schmerzen in der Lebergegend erkrankte 44jährige Patient wurde mit hoher Temperatur, Icterus, Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Leber aufgenommen. Der Leib war gespannt und äusserst empfindlich. Am dritten Tage fiel die Temperatur unter Schweissausbruch auf 36.5° und im wässrigen, farblosen Stuhl fand sich eine zerrissene Echinococcenblase von circa Hühnereigrösse. Am nächsten Tage starb Patient in klonischen Krämpfen. Die Autopsie ergab eine kindskopfgrosse Echinococcenblase im linken Leberlappen, die mit zahlreichen Tochterblasen angefüllt war. Die Höhle der Blase communicirte mit dem Lebergang, der ebenso wie der Gallengang und Gallenblasengang erweitert war. Die Erkrankung war also hervorgerufen durch Verschluss des Gallengangs mit einer Echinococcenblase, bei deren Durchtritt Koliken und acute Cholämie ausgelöst wurden. In solchen Fällen räth O. zum chirurgischen Eingriff.

A. Spengler. «Zur Behandlung der Trachealstenosen mit Electrolyse». (Nr. 44, 45.)

Autor wandte bei einer narbigen Stenose syphilitischen Ursprungs im oberen Abschnitt der Trachea die Electrolyse mit Erfolg an. Die Narbe war kreisförmig, von knorpelharter Consistenz und liess zur Noth einen englischen Katheter Nr. 8 durch. Vor der Einführung der doppelten Platinnadeln wurde die Trachea cocainisirt und darauf 5—6 Einstiche bei einer Stromstärke von 10—15 Ma gemacht. Nach 2—3 Minuten war die Narbe von den Nadeln durchbohrt. Sogleich darauf bildete sich an der Einstichsöffnung ein weingelber Schorf, der nach einigen Tagen ohne Reactionserscheinungen abgestossen wurde. Erst dann wurde die Séance wiederholt (von September 1894 bis März 95 15 Mal). Zwischen den Séancen wurde Patient mit englischem Katheter (Nr. 16) behandelt. Die Narbe verschwand allmählich, das Lumen der Trachea blieb weit (12 Mm. im Durchmesser) und Patient klagte auch nicht mehr über Athembeschwerden.

L. Golubinin. «Zur Behandlung der Wassersucht». (Nr. 47.)

Es handelte sich um starke Anasarka, besonders der unteren Extremitäten, Ascites, verminderte Urinsecretion, Emphysem mit Bronchitis in Folge Herzschwäche und Herzdilatation. Trotz Excitantia nahmen alle Symptome zu. Erst nach Calomelverordnung (0.23 Mal täglich) und Anwendung der Curschmann'schen Kanülen begann eine starke Wasserausscheidung, sowohl aus den Kanülen (bis 2000 Ccm. pro die) als den Nieren, so dass Patient bald wieder zu normalen Verhältnissen zurückkehrte. Bei aseptischer Verwendung der Kanülen, die nicht länger als einen Tag an einer Körperstelle liegen bleiben sollen, sah Autor keinerlei Reactionserscheinungen von Seiten der Haut.

Weyert.

Westnik obschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 2—10 incl.

M. Pokrowskaja. «Die Wohnungen der Petersburger Arbeiter». (Nr. 2.)

S. Tilitscheew. «Bericht des Directors der Mineralquellen zu Staraja Russa für das Jahr 1894 und Uebersicht der Thätigkeit der Kronenverwaltung derselben für das erste Quinquennium». (NNr. 3 und 4.)

Bis zum Jahre 1890 standen die Mineralquellen zu Staraja Russa unter einer Privatverwaltung, die dieselben nur zu eigenen Gunsten exploitirte. Die Quellen kamen in Folge dessen in gänzlichen Verfall, sodass das Ministerium des Inneren sich endlich im Jahre 1890 gezwungen fand, die Quellen in seine eigene Verwaltung zu übernehmen und die ganze Anstalt vollständig umzubauen, was auch im letzten Quin-

quennium stattgefunden hat. Es wurden 2 neue Badehäuser erbaut, in denen zahlreiche Wannenräume für gewöhnliche Bäder, Salzbäder, Schlammbäder, Nadelbäder, Dampfbäder, Douchenapparat nach Charcot, römische trockene heisse Wannen, Bassin, Cabinet für Electrotherapie und Massage eingerichtet wurden. Ein besonderes Badehaus mit zwei Abtheilungen, für Syphilitiker und Rheumatiker ist für Soldaten bestimmt. Durch Gründung einer Restauration und einer Milchferme wird auch für billige und gesunde Kost gesorgt. Der hübsch gepflanzte Park, Theater und Concertsaal, die Abends electrisch beleuchtet werden, bieten den Kurgästen, deren Zahl bis auf 2000 jährlich gestiegen ist, auch Zerstreuung genug. Die Zahl der gut eingerichteten möblirten Zimmer ist in der Stadt bis jetzt noch sehr gering und wird deshalb bald von der Verwaltung ein Hotel erbaut werden. Die Hauptquellen der Anstalt sind: die directorsche, die alte, die Murawjew'sche und die Zarizin'sche. Alle sind sie von fast derselben chemischen Zusammensetzung und zwar enthalten sie in 1000 Kubikcentimetern: Trockensubstanz = 19,0—20,0, die zusammengesetzt wird aus:

Chlornatrium	= 13,0—14,0
Bromnatrium	= 0,01—0,1
Chlorkalium	= 0,1—0,4
Chlorcalcium	= 1,8—2,2
Schwefelsaures Calcium .	= 1,8—2,2
Kohlensaures Calcium . .	= 0,02—0,2
Chlormagnesium	= 1,5—2,0
Kohlensaures Magnesium	= 0,01

Ausserdem noch Spuren von Eisen, Aluminium und Kieselsäure. Dieselbe qualitative chemische Zusammensetzung ergab auch die Untersuchung des Seeschlammes. Das specifische Gewicht des Quellenwassers ist bei 17,5° = 1,014. Die mittlere Temperatur für die letzten 5 Jahre war im Juni = 16,5°, im Juli = 17,8°, im August = 14,7°. Der mittlere Barometerstand im Juni = 756,7, im Juli = 758,1, im August = 756,5. Die Krankheiten, die mit grossem Erfolg (70 pCt. Besserung) in Staraja Russa behandelt werden, sind: Krankheiten der Bewegungsorgane, des Nervensystems, allgemeine Ernährungsstörungen, Frauenkrankheiten u. a.

S. Wischnewsky. «Ein neues Symptom des Erfrierungstodes». (Vorläufige Mittheilung.) (Nr. 3.)

In 40 secirten Leichen Erfrorener fand Verf. ein bis jetzt noch nicht beschriebenes Symptom, das er als pathognomonisch bezeichnet. Es besteht in Hirsekorn = bis erbsengrossen Haemorrhagien der Magenschleimhaut, 5 bis 100 an der Zahl von runder, ovaler oder punktförmiger Gestalt, die etwa 1 Zoll weit von einander entfernt stehen. Diese Haemorrhagien sind etwas über das Niveau der Schleimhaut erhaben und liegen sehr oberflächlich. Sie lassen sich leicht vollständig abschaben, ohne Abnormitäten zu hinterlassen. Die Gefässe des ganzen Magens sind dabei stark erweitert und hyperaemisch, die Schleimhaut selbst verdickt und faltig; in anderen Organen lassen sich solche Haemorrhagien nicht nachweisen. Verf. betont noch, dass sie nur beim uncomplicirten Erfrierungstode vorkommen.

L. Scheffer. «Ein seltener Selbstmord eines 31-jährigen geisteskranken Mannes durch zahlreiche Beilhiebe auf den Kopf». (Nr. 3.)

L. Scheffer. «Ertränken oder Erwürgen? Mord und Unglücksfall? (Nr. 3.)

Ein gerichtlich-medicinisch interessanter Fall.

W. Jakowenko. «Epidemie hysterischer Krämpfe im Podolskschen Kreise, Gouv. Moskau». (Nr. 3.)

Am dritten Tage der Hochzeitsfeier in einer Bauernfamilie, die von starkem Alcoholmissbrauch begleitet wurde, erkrankten 15 von den am Feste theilnehmenden Personen an klonischen und tonischen Lach-, Wein-, und Tanzkrämpfen. Unter den betroffenen erkrankte die durch Excesse in Baccho et Venere besonders geschwächte Braut als erste. Mit einem heftigen Schrei: «Die Hexe hat mich verdorben», verfiel sie in Krämpfe. Ihr folgten die übrigen mehr oder weniger betrunkenen Gäste. Hereditäre nervöse Disposition liess sich nur bei einigen nachweisen. Alcoholabusus und Aberglaube sind oft Ursache solcher Hysterieepidemien im russischen Bauervolke, die leider nur selten beschrieben werden.

M. Tschistjakow. «Bedeutung der Mineralwässer zu Staraja Russa für die Behandlung der Syphilitiker». (Nr. 4.)

I. Einen directen therapeutischen Einfluss auf den Allgemeinverlauf des syphilitischen Processes haben dieselben nicht. II. Wohl aber äussert sich derselbe in Resorption der durch die Syphilis hervorgerufenen festen Ablagerungen. III. Hauptsächlich sind die Mineralwässer ein Hilfsmittel bei der Behandlung der Syphilis. Indem sie auf die Ausscheidung des Quecksilbers aus dem Organismus wirken, steigern sie den Erfolg der specifischen Behandlung und machen durch Besserung der Complicationen der Syphilis, letztere weniger intensiv und bösartig. IV. Eine besonders wohlthätige Wirkung haben die Mineralwässer auf Kinder syphilitischer Eltern; gleichzeitig mit den specifischen Mitteln angewandt, befördern sie die normale Entwickelung des kindlichen Organismus und verhindern die Bildung stationärer Veränderungen in demselben.

Beljawsky. «Tarbaganenpest» (Nr. 4) und

Reschetnikow. «Tarbaganenpest auf Menschen übertragen». (Nr. 4.)

Die Tarbaganen sind eine dem Murmelthiere sehr ähnliche Nagethierenart, die in den Steppen des Kreises Akscha im transbaikalischen Districte in unzähliger Menge vorkommen. Die Tungusen und nomadisirenden Burjaten jagen die Tarbaganen, um das Fett derselben zu bekommen, das in grossen Mengen von den Kosaken angekauft wird, und gebrauchen ausserdem die Tarbaganen zur Nahrung. Periodisch, fast immer im Herbst, erkranken die Tarbaganen an einer unbekannten epidemischen Krankheit, wahrscheinlich Pest. Durch Genuss oder Berührung der erkrankten Thiere wird die Krankheit, die sehr contagiös ist, auch auf den Menschen übertragen. Symptome: hochgradige und rasche Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Schläfrigkeit, Schwellung der axillaren und Leistendrüsen, Erbrechen und Durchfall, häufiger aber Verstopfung. Das Bewusstsein ist in allen Fällen bis zum Tode vollkommen erhalten. Das Aussehen der Patienten erinnert an Typhus. Incubationsdauer 3–12 Tage. Idiosyncrasie spielt auch bei dieser Krankheit eine Rolle. Prognose — sehr ernst.

A. Wwedensky. «Das Erkranken der Prostituirten auf dem Jahrmarkt zu Nishni-Nowgorod nach den Angaben des Jahrmarktkrankenhauses für Weiber». (Nr. 4.)

P. Sklotowsky. «Kisslowodsk als Gruppe der kaukasischen Mineralwässer und klimatische Bergheilstation». (Nr. 5.

Kisslowodsk liegt im Gebiete Tereck in einem fast allseitig von Bergen umgebenen Thale in naher Entfernung von der Rostowo-Wladikaukasischen Eisenbahn, von Pjatigorsk und Essentucki. Sein Boden ist sandig, die Grundlage desselben steinern, das Grundwasser fehlt fast vollständig. Das Klima Kisslowodsks ist dank seiner Lage auf dem 42° der nördlichen Breite, 3000 Fuss über dem Niveau des schwarzen Meeres und der Nachbarschaft vieler Berge, unter denen Elbruss der höchste Europas ist, im Sommer nicht so heiss, wie an anderen Gruppen der kaukasischen Mineralwässer und dank der grossen Zahl der Sonnentage im Herbst und Winter und Spärlichkeit der atmosphärischen Niederschläge zu dieser Jahreszeit, der Beschützung seitens der Berge vor starken Winden und Fehlen von Nebeln, im Winter wärmer, als in den benachbarten Orten. Seine mittlere Jahrestemperatur ist etwas mehr als 6° R., mittlere Sommertemperatur — etwas mehr als 14° R., Regentage im Jahre nur 60–70. Die Hauptquelle Kisslowodsks ist Narsan, die Temperatur desselben ist = 11,5° R., sein spec. Gewicht = 1,00306 bei 14° R. Das Wasser des Narsans ist klar und durchsichtig, enthält viel Kohlensäure, wirkt mehr erfrischend und durststillend, als gewöhnliches Wasser. Es steigert die Se- und Excretionen des Organismus, wie Selterswasser, erregt Peristaltik des Magendarmcanals und Resorption in demselben. Die Wannen des Narsans haben eine reizende, stärkende und ableitende Wirkung auf die äussere Haut. Lungenkranke und Neurastheniker sollen sich da besonders gut erholen.

S. Smirnow. «Aus den Beobachtungen über zwei Pockenepidemien». (Nr. 5.)

M. Goschkewitsch. «Bericht über den sanitären Zustand der Stadt Cherson für das Jahr 1894». (Nr. 5.)

A. Wirenius. «Die Uebermüdung der Schuljugend der mittleren Lehranstalten auf Grundlage der neusten Untersuchungen». (Nr. 6.)

E. Iwanow. «Weintrauben und Weintraubencur». (Nr. 5 bis 7.)

Durch die Verschiedenheit der klimatischen Verhältnisse und Pflegearten entstanden unzählige Weinrebensorten; die besten gedeihen im mittleren Striche des Weinbaues. Der Weintraubensaft ist von complicirter Zusammensetzung: Wasser, Zucker, Eiweisse, Sauren, aromatische und andere Stoffe sind die Bestandtheile desselben. Physiologisch sind sie alle gleichwerthig und werden therapeutisch bei einer ganzen Reihe von Krankheiten angewandt. In kleinen und mittleren

Quantitäten (3—8 Pfund pro die) sind die Weintrauben ein gutes Nahrungsmittel, das kräftigend, harntreibend und expectorirend wirkt; bei grossen Dosen kommt noch die abführende Wirkung hinzu. Zur therapeutischen Anwendung muss die Traube reif sein, ein dünnes Häutchen, zartes Fleisch und angenehmen Geschmack haben. Dauer der Cur — 4—6 Wochen. Mit gutem Erfolg wird die Traubencur angewandt bei chronischen Dyspepsien und Magendarmcatarrhen, Obstipationen, Stauungen im Gebiete der Vena Portae und der damit verbundenen Lebervergrösserung und Haemorrhoiden, bei Krankheiten des Respirations- und weiblichen Genitaltractus, bei gichtischer Diathese, Gallensteinen, besonders aber bei Neurasthenie. Contraindicirt ist sie bei Ulcerationen im Magen und Darm, Magenerweiterung, frischen Nierenerkrankungen, Diabetes, bei Herzfehlern mit Compensationsstörungen, Haemoptoe, bei starken Menno- und Metrorhagien, bei sehr schwachen Patienten, die nicht spazieren können. Am besten wird zur Traubencur in Russland der krimsche Strand zwischen Sewastopol und Aluschta oder Bessarabien gewählt, weniger geeignet ist der kaukasische Strand des Schwarzen Meeres.

J. Loriss-Melikow: «Aus dem Berichte über eine Reise nach Persien». (№ 7).

von Knaut: «Einige Beiträge zur Frage über die Canalisation in Rostow am Don». (№ 7).

P. Alexeew: «Asyle für Alkoholiker». (№ 7).

Verf. schlägt folgende Gesichtspunkte vor, nach denen die Asyle sich richten sollten: 1) Die Asyle sollen den Alkoholikern die Gefängnisse und Haftorte ersetzen, da in diesen ihre verderbliche Trinksucht noch verstärkt wird durch den Müssiggang und den Verkehr mit anderen Alkoholikern. 2) Die Asyle, in welche alle, sogar die frischen, Fälle von Alkoholismus aufgenommen werden müssen, sollen als Arbeitshäuser dienen und die Ausgaben derselben müssen durch die Arbeit ihrer Zöglinge bestritten werden. 3) Vom Standpunkte ausgehend, dass jedes Gewerbe für diejenige sorgen muss, die durch dasselbe Verlust oder Verstümmelung erlitten haben, meint Verf., dass die Alkoholikerasyle von den Branntweinbrennern, Weinbereitern und — Händlern unterhalten werden müssen.

D. Nikolsky: «Zur Frage über den Einfluss der Hüttenarbeiten auf die Entwickelung der croupösen Pneumonie bei den Arbeitern». (№ 8).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die croupöse Pneumonie ist eine der häufigsten Lungenkrankheiten der Hüttenarbeiter. 2) Die grösste Zahl der Erkrankungen geben die Schmieden, die an den Hoch- und Pudlingöfen zu arbeiten haben, da sie am meisten dem häufigen Temperaturwechsel stark ausgesetzt sind. 3) Ausser dem specifischen Krankheitserreger spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie auch Erkältung und Trauma eine wichtige Rolle, als praedisponirende Momente.

M. Wersilow: «Zur Frage über den sanitären Zustand unserer Grenzbezirke (Serpez'sche Kreis Gouv. Plozk)». (№ 8).

W. Swjatlowsky: «Uebersicht der Fortschritte auf dem Gebiete der Gewerbe- und Fabrikhygiene». (№ 8).

Nach dem 11. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene von Uffelmann und anderen Quellen zusammengestellt.

K. Solonzew: «Zur Influenzafrage in ihrer Beziehung zu den metereologischen Erscheinungen». (№ 8).

Im Laufe der 5 Jahre 1889 bis 1893 incl. kamen im Marienhospital zu St. Petersburg 1903 Influenzafälle zur Beobachtung. Am meisten betroffen war das Alter von 20 bis 30 Jahren, wobei zu bemerken ist, dass Kinder bis zum 10. Lebensjahre ins Hospital nicht aufgenommen werden. Ein Einfluss des Geschlechtes auf die Häufigkeit der Influenzaerkrankung liess sich nicht feststellen. Einen directen Einfluss der Temperatur konnte man nicht nachweisen, da zu jeder Jahreszeit eine recht hohe Erkrankungszahl zur Beobachtung kam; wohl aber liess sich constatiren, dass in den Herbstmonaten mit der höchsten Erkrankungszahl die mittlere Monatstemperatur unter der mittleren normalen, in den Frühlings- und Sommermonaten dagegen über derselben stand.

Einen sehr grossen Einfluss auf die Häufigkeit der Erkrankungen hatten die atmosphärischen Niederschläge, indem nach spärlichem, aber langdauerndem Regen, oder gleich nach starkem Regen die Influenza mit verstärkter Vehemenz auftrat, das maximum aber der Erkrankungen mit dem minimum der Niederschläge zusammenfiel. Dem Auftreten der Influenza ging ein hoher Barometerstand voran, während derselben aber herrschte ein niedriger Barometerstand. Einem hohen Feuchtigkeitsgrade vor derselben folgte ein geringer während der Krankheit.

K. Samezky: «Sanitäre Uebersicht der Umgegend St. Petersburgs». (№ 9).

Des Schliesselburg'schen und Peterhof'schen Stadttheiles und der nahe bei der Stadt gelegenen Dörfer.

M. Kozin: «Der Cacao und dessen Praeparate. (Beiträge zur Frage über die Verfälschung des Cacao in Moskau, aus der von Prof. Erissmann verwalteten moskauischen sanitären Station)». (№ 9).

Zur Kenntniss der chemischen Zusammensetzung des vollständig reinen Cacao, entnahm Verf. zweien Fabriken zwei Proben von in seiner Anwesenheit ausgehülsten und gebrannten Cacaobohnen. Die chemische Analyse derselben ergab fast keine Unterschiede von den Analysen anderer Untersucher.

Die Untersuchung mehrerer Cacaosorten einheimischer Production zeigte, dass fast alle Sorten, die für 60 Kop. pro ½ Pfund verkauft werden, rein und frei von fremdartigen, billigen Zusätzen waren, die 50 Kop. und darunter pro ½ Pfund kostenden Sorten waren alle falsificirt, vorzugsweise durch Zusatz grosser (20—45%) Zuckermengen. Die theueren ausländischen Cacaosorten: 3 holländischen von Van-Floreten, Blooker und Bensdorp, zeigten alle einen hohen Gehalt an mineralischen Bestandtheilen, wahrscheinlich, in Folge dessen, dass sie alle durch kohlensaures Kali und Soda bearbeitet werden. Da der ständige Gebrauch von Alkalien, wenn auch in kleinen Mengen, der Gesundheit, besonders der Kinder unzuträglich ist, so räth Verf. vom Gebrauch dieser Cacaosorten ab. Die eine englische, als «homöopathischer Cacao» bezeichnete Sorte zeigte sich im Bezug auf ihren Gehalt an Cacao in wahren Sinne des Wortes homöopathisch.

G. Gerzenstein: «Das Unterbringen der Veneriker in den Krankenhäusern St. Petersburgs». (№ 10).

Auf Grund der statischen Angaben über die Verbreitung der Syphilis in Russland überhaupt und speciell in St. Petersburg kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Syphilis ist in Petersburg unter den Männern sehr stark verbreitet, was der Bevölkerung nicht nur der Hauptstadt, sondern dem ganzen Reiche ausserordentliche Gefahr droht, da von der Lues eine Menge Personen betroffen werden, die nur kurze Zeit in Petersburg verbleiben, von hier ungeheilt in die Heimath zurückkehren und dort ihre Familien und ganze Dörfer anstecken. 2) Einen grossen Procent der Erkrankungen bilden die Frühformen der Syphilis, von denen hauptsächlich Personen im blühenden Alter von 20 bis 30 Jahren betroffen sind. 3) Diese sehr ansteckenden Formen kommen bei einer Unmenge von Personen vor, die in Artelen, möblirten Zimmern und überhaupt unter Verhältnissen leben, wo der Connéx mit anderen Personen ein sehr naher ist und die Möglichkeit der nöthigen Behandlung deshalb fast angeschlossen ist. 4) An Syphilis leiden sehr viele Personen, die ständig und nahe mit der Gesellschaft verkehren, so die Dienstleute der Gast- und Wirtshäuser, die Verkäufer der Nahrungsmittel, die Friseurs und andere. 5) Die klinische Hülfe für die an Syphilis und überhaupt an Venerischen und Hautkrankheiten leidenden Männer ist in Petersburg eine sehr mangelhafte und steht deshalb die Nothwendigkeit der Ausdehnung dieser Hülfe ausser jedem Zweifel, sowohl im Interesse der Gerechtigkeit und Humanität den Kranken gegenüber, als auch, was noch wichtiger ist, um die Möglichkeit zu haben, die Syphilitiker zu isoliren und ihre Umgebung von der Ansteckung zu schützen.

P. Netschaj: «Zur Frage über das Unterbringen der Kranken in den Kiewo-Kirilowschen Armenanstalten». (№ 10).

A. Sacher.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 20—24. 1895.

D. Kischenski: «Zur Aetiologie der Cerebrospinalmeningitis». (Nr. 20).

Verf. hat in einem Falle von Cerebrospinalmeningitis nach Influenza genaue macro- und microscopische Untersuchungen der Organe und des Eksudates angestellt. Aus dem reichhaltigen Material wollen wir hier nur kurz anführen, dass er im Exsudat der Hirnhäute den diplokokkus intracellularis meningitidis gefunden hat; derselbe unterscheidet sich von den Fraenkel'schen Diplokokken dadurch, dass er 1. eine andere Anordnung zeigt (Semmelform, Anordnung in diplo- und tetrakokken) 2. dass er sich der Gram'schen Färbung gegenüber

negativ verhält und 3. dadurch, dass subcutane Injection von Thieren mit diesen Kokken resultatlos bleiben. Dieser Weichselbaum'sche intracelluläre diplokokkus wird als Erreger der epidemischen Cerebrospinalmeningitis angesehen. Verf. nimmt an, dass die Influenza den günstigen Boden für die Ansammlung dieser Kokken geschaffen hat.

M. Kosintzow: «Ein Fall von einseitiger Hyperhidrosis des Gesichts». (Nr. 20).

Bei einer 25-jährigen Bäuerin, die garnicht besonders nervös war, besteht seit 3 Jahren ein fortwährendes Schwitzen auf der ganzen rechten Gesicht- und Halsseite, diese Partien sind immer mit grossen Schweisstropfen bedeckt, dabei sind der Temperatur — und Schmerzsinn, sowie die tactile Empfindlichkeit normal. K. nimmt eine Trophoneurose hysterischen Charakters an.

A. Mamurowski: «Ein Fall von gemischter Infection: Typhusrecurrens und Intermittens». (Nr. 20).

Die Diagnose wurde auf Grund des microscopischen Blutbefundes gestellt.

A. Mamurowski: «Ein Fall von intrauteriner Infection mit Recurrens». (Nr. 20).

Bei einer an Recurrens erkrankten Schwangeren trat Abort einer 4-monatlichen Frucht ein; aus dem Blut der vena cava und des rechten Vorhofes der Frucht wurden Trockenpräparate angefertigt, dieselben ergaben Spirochaeten in grosser Zahl. M. nimmt an, dass diese Spirochaeten sich einen Weg zwischen den eng aneinander liegenden Capillaren der Uterusschleimhaut einerseits und der Placenta andrerseits gebahnt haben.

N. Ssmirnow: «Ein Fall von vaginaler Exstirpation des carcinomatös degenerirten Uterus». (Nr. 20).

A. Rachmanow: «Uterusruptur unter der Geburt, Operation Porro». (Nr. 20).

J. Rachmaninow: «Ein Fall von Haemorrhagie des Pankreas mit multipler Fettnekrose». (Nr. 21).

Zu Lebzeiten des 34-jährigen Patienten waren folgende Symptome vorherrschend: starke Temperatursteigerung 38.7—40.2. Aufgetriebensein des Leibes, Schmerzen in der Nabelgegend und im rechten Hypochondrium. Galliges Erbrechen, schleimige Stühle. In der Gegend des colon transversum fühlte man eine Geschwulst. Section: in der Bauchhöhle geringe Menge blutig-seröser Flüssigkeit; das grosse Netz stark fetthaltig bildet einen dicken Wulst, in dem weissliche Inseln von unregelmässiger Form, von Stecknadelkopf—Erbsengrösse eingesprenkt sind; ebensolche, leicht auszuschälende Inseln finden sich auch in den Appendices epiploicae, im Verlaufe des ganzen Dickdarms, auf dem die Harnblase bedeckenden Theil des Bauchfells; die bursa omentalis ausgefüllt von einer dunkelbraunen mit Blutgerinnseln untermischten Masse, in der hinteren Wand der bursa, die dem Pancreas anlegt, finden sich die obenerwähnten weisslichen Inseln eingesprenkt. Die Bauchspeicheldrüse ist von geronnenem Blute umgeben. Auf Querschnitten zeigt sich das zwischen die Drüsen eindringende Zellgewebe theilweise blutig infiltrirt, theilweise von weisslichen Inseln eingenommen. Verf. gibt eine genaue Beschreibung des microscopischen Befundes sowohl des Pancreas, als auch der erwähnten Inseln, welche eine Necrose des Fettgewebes darstellen.

W. Lunin: «Ein Fall von Lungenechinokokkus». (Nr. 21).

Die Diagnose wurde zu Lebzeiten des Patienten gestellt; das klinische Bild erinnerte an eine exsudative Pleuritis, doch konnte L. durch die Probepunction keine Flüssigkeit erhalten. Die Diagnose wurde erst dann klar, als Patient einen starken Hustenanfall bekam, mit dem eine Masse Echinokokkusblasen herausbefördert wurden.

W. Tipjakow: «Zur Casuistik der Echinokokkenkrankheit». (Nr. 21).

1. Laporotomie wegen multiloculärem Leberechinokokkus.
2. Echinokokkus der linken Hinterbacke.

N. Warwarinski: «Ein Fall von Muskelechinokokkus der linken Hüfte». (Nr. 21).

J. Schmukler: «Ein Fall von traumatischem Tetanus mit chronischem Verlauf». (Nr. 21).

Der Fall ist ein recht typischer; die Krankheit dauerte 5 Wochen bis zu völliger Genesung.

Behandlung mit warmen Bädern, Chloralhydrat und Brompräparaten.

A. Koshewnikow (Professor): «Ein Fall von Heilung der Sycosis». (Nr. 21).

Der Fall ist ein ganz aussergewöhnlicher, und wir würden denselben als Humbug betrachten, wenn nicht die Autorität des bekannten Neuropathologen Koshewnikow dafür einstände. Es handelte sich um einen 30 jährigen Herren (Docent an der Moskauer Universität), bei dem sich eine Sycosis barbae entwickelte. Die Diagnose wurde von vielen europäischen Grössen bestätigt (Schwimmer, Kaposi, Lassar), doch trotzte diese Hauterkrankung jeder Medication. K. führt in der ausführlichen Krankengeschichte alle Salben und Wässer an, die von den verschiedenen Dermatologen Russlands und Westeuropas bei diesem Kranken ganz resultatlos angewandt worden waren, schliesslich kehrte der Patient verzweifelt nach Moskau zurück; die Sycosis war so vorgeschritten, dass er sich in Gesellschaft nicht zeigen wollte. In Moskau rieth man ihm, sich an eine einfache Frau zu wenden, die im Rufe stand, viele Krankheiten heilen zu können. Dieselbe behauptete, dass er binnen kurzer Zeit von seinem Leiden befreit werden könne und zwar durch ein Gebet; er ging zur Kirche, dort stellte sich die Frau neben ihn hin und betete 4 Minuten lang, am anderen Tage wiederholte sie die Procedur; — und in der That trat rasch Heilung ein; die Eiterung liess nach, die Hautinfiltration verschwand, statt dessen trat eine starke Schuppung auf. K. sah den Patienten wieder und konnte nur eine völlige Heilung constatiren. Verf. versucht eine Erklärung für diese Wundercur zu geben: da Patient sehr nervös war, so sei anzunehmen, dass das Hautleiden auf nervöser Grundlage entstand, und dass die betreffende Frau, indem sie ihm kategorisch erklärte, dass er in Bälde von seinem Leiden befreit werden wird, gleichsam Suggestion ausübte. K. weist darauf hin, dass man bei der Behandlung der Sycosis in Zukunft auf den Zustand des Nervensystems mehr Rücksicht nehmen müsse, eventuell müssten Nervina zur Anwendung kommen.

N. Wersilow; «Zur Frage von der centralen Haematomyelie». (Nr. 21).

Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung der Krankheit und führt die einschlägige Literatur an; sodann werden 3 Fälle, die in der Klinik des Prof. Koshewnikow in Beobachtung waren besprochen: Fall 1. Knabe von 12 Jahren, unter ganz geringen Prodromis tritt eine Paralyse aller 4 Extremitäten ein; nach einigen Tagen kehrt die Beweglichkeit in den rechten Extremitäten zurück, die Beweglichkeit in den linken jedoch erst ganz allmählich und langsam; die Paralyse der linken Extremitäten ist mit Atrophie verbunden: Gleichzeitig mit der Lähmung wird auf der rechten Rumpfhälfte und an den rechten Extremitäten eine Störung des Temperatur- und Schmerzsinnes constatirt und eine Erweiterung der rechten Pupille. Rechts fehlt der Patellareflex, links ist er erhöht; links auch Fussclonus. Im Verlaufe von 7 Jahren sind die paretischen Erscheinungen im linken Fuss allmählich geschwunden, die Atrophie in der linken oberen Extremität ist deutlich ausgesprochen; die anaesthetischen Grenzen sind dieselben geblieben, an Intensität hat jedoch die Anaesthesie eingebüsst; rechts ist der Patellareflex wieder vorhanden.

Fall 2. 43-jähriger Mann, Paralyse aller Extremitäten ohne jegliche prodromale Erscheinungen, Harnretention; ganz allmählich trat eine Besserung ein, doch wurde die Atrophie deutlicher (nam. des Vorderarms und beider Hände); keine Sensibilitätsstörungen Anamnestisch — Alcoholismus und starke Muskelanstrengung. Aehnlich Fall 3.

Prof. A. Pawlowski und Maksutow: «Immunisirungsmethoden von Pferden zwecks Darstellung des Diphterieserums». (Nr. 21).

Ist bereits an anderer Stelle besprochen worden.

A. Kissel: «Ein Fall von schwerer hysterischer Anorexie mit günstigem Ausgang». (Nr. 22).

14-jähriges Mädchen wird in das Olga-Kinderspital im elenden Zustande aufgenommen, soll nach Angaben der Eltern seit 12 Tagen nichts zu sich genommen, weder gegessen, noch getrunken haben. Vor 5 Jahren trat plötzlich Paralyse aller Extremitäten ein, diese verschwand völlig nach einem psychischen Affect (das Kind erschrack); vor 3 Jahren kehrte die Lähmung zurück und hielt sich 6 Wochen lang, verschwand wieder nach einem Affect: vor 1 Jahre fing sie Alles zu erbrechen an und kam so herunter, dass fast gar keine Musculatur zu fühlen war, es blieb nur noch das von Haut bedeckte Skelett nach. (Siehe photographische Aufnahme), das Gewicht betrug 18200 gram.

Im Spital wurde die Sonde angewandt, doch missfiel dem Mädchen das Einführen des Schlauches dermassen, dass es sich bereit erklärte 5 Esslöffel Milch auszutrinken. Auf diese Weise gelang es allmählich die Patientin zum Essen zu zwingen, sie nahm dann an Gewicht rasch zu, so dass nach 57 Tagen das Körpergewicht 34700 gramm betrug.

G. Wladimirow: «Vitiligo bei einem 6-jährigen Knaben». (Nr. 22).

Die weissen Flecke fanden sich auf den rechten Augenlidern und den anliegenden Partien der Wange, die rechten Augenwimpern weiss (poliosis circum scripta acquisita); allmählich verschwanden die Vitiligoflecke (Medication: Solutio Fowleri innerlich).

K. Shbanow. «Ein Fall von allgemeiner Alopecie». (Nr. 22). Dem Ausfallen der Haare war Typhus vorangegangen.

Th. Omeltschenko. «Die Aetiologie der Abscesse an den Injectionsstellen von löslichen Quecksilberpräparaten». (Nr. 22).

Im Verlaufe von 1½ Jahren hat O. 15 Abscesse der Hinterbackengegend eröffnet, welche nach Sublimatinjection entstanden waren (die Lösung enthielt ½% Sublimat und 2% Kochsalz, pro dosi wurde nicht mehr, als 0,01 Sublimat verbraucht). Verf. hat den Eiter der Abscesse einer genauen Untersuchung unterzogen und fand in Reinculturen den staphylokokkus pyogenes aureus, andere Kokken, oder Bacterien waren in keinem dieser 15 Fälle zu constatiren. O. ging nun weiter und beobachtete die Wachsthumsverhältnisse des Staphylokokkus auf Fleischpeptongelatine, der eine bestimmte Menge einer Lösung von Hydrargyrum bichloratum corrossivum und Natr. chlor. depur. hinzugesetzt worden war. Er fand, dass die Vermehrung des Staphylokokkus aufhört bei 0,10% Sublimat und 0,1625% Hydrargyrum benzoicum oxyd. Zur Vertilgung der Kokken ist eine stärkere Concentration nothwendig, und zwar 0,2125% Hydr. bichl. corros. und 0,3625% Hyd. benz. oxyd. Aus diesen Versuchen schliesst O. dass der Abscesseiter durchaus nicht ein aseptischer ist, er entsteht durch die Mitwirkung pyogener Mikroben — des Staphylokokkus pyogenes aureus, dessen Lebensfähigkeit auch bei ziemlich grossen Quecksilbermengen erhalten bleibt. Doch kommt noch als Hauptfactor die Wirkung des injicirten Quecksilbers auf die Gewebe hinzu; O. hat nun versucht durch Thierexperimente die Wirkung löslicher Quecksilberpräparate auf die Gewebe festzustellen.

Wir können an dieser Stelle die nähere Ausführung der Versuche nicht angeben, dieselben sind im Original zu verfolgen. Aus der macro- und microscopischen Untersuchung der Gewebe an den Stellen der Injection von hydrargyr. bichlor. corrossiv. und benzoic. oxyd. folgt, dass an den Stellen der unmittelbaren Wirkung diese Quecksilberpräparate cauterisirend wirken, in Folge dessen eine Necrose des betreffenden Gebietes eintritt, in den umgebenden Geweben tritt dagegen eine intensive entzündliche Reaction mit allen für diese Gewebe schlimmen Folgen ein.

Aus seinen vielseitigen Beobachtungen stellt O. folgende Schlüsse auf. 1. Die an den Injectionsstellen auftretenden Abscesse sind bacterieller Natur. 2. Als Hauptagens fungirt hier der Staphylokokkus pyog. aureus. 3. Die unter dem Einflusse der injicirten Quecksilberpräparate eintretende parenchymatöse Degeneration der Gewebe wirkt hier mit. 4. Das pyogene Agens wird in allen Fällen von dem die Injection Ausführenden bei nicht genügender Berücksichtigung der Asepsis und Antisepsis hineingebracht. 5. Der Staphylokokkus pyog. aur. erweist sich den Lösungen von Hg-präparaten sehr widerstandsfähig. 6. Die antibacterielle Wirkung des Hydr. benz. oxyd. ist geringer, als die des Hydr. bichl. corross. 7. Beide Mittel haben ein und denselben Einfluss auf die Gewebe. 8. Das Hydr. benzoic. oxyd. muss als unlösliches Quecksilberpräparat betrachtet werden. 9. Das Verbleiben von Resten der injicirten Quecksilbermengen an den Injectionsstellen ist als Folge der unter dem Einflusse der Präparate sich verminderndеn resorbirenden Fähigkeit der Gewebe zu betrachten. Je häufiger an den betreffenden Stellen injecirt wird, um so geringer wird die resorbirende Fähigkeit der Gewebe, um so grössere Quecksilbermengen kommen dann nicht zur Resorption.

A. Matwejew: «Ueber die Behandlung des Erysipels mit Ortochlorphenol». (Nr. 22).

Die ersten Versuche mit diesem Mittel bei Erysipel führte Tschurilow aus, indem er an 25 Patienten eine Ortochlorphenolsalbe (1—3%) anwandte und sehr gute Resultate erzielte. M. hat das Mittel, als 2%-ige Vaselinsalbe an 7 Erysipelatösen probirt. (Die Resultate sind nicht besser, als die bei Anwendung anderer Präparate erzielten. Anm. des Ref.)

F. Ewetzki: «Die Actinomycose der Thränencanälchen». (Nr. 23).

Beschreibung eines Falles nebst ausführlicher Uebersicht der Literatur.

S. Ssuchanow: «Zur Frage von den centralen Veränderungen bei Polyneuritis». (Nr. 23).

In einem Falle von alcoholischer Polyneuritis hat S. zahlreiche Veränderungen im Centralnervensystem gefunden. Dank der Bearbeitung der Präparate nach Marchi konnte man in den im Zerfall begriffenen Myelinfasern frische degenerative Processe constatiren, ganz analog den Veränderungen in den peripheren Nerven bei parenchymatöser Neuritis. Hauptsächlich befiel die Degeneration die Hinterstränge und die vorderen und hinteren Wurzeln. In der Lumbalgegend ist der äussere und hintere Theil der Hinterstränge mehr betheiligt als der vordere, innere; in dem Brusttheil des Rückenmarks sind die Hinterstränge mehr gleichmässig betheiligt, im Halstheil haben am meisten die Goll'schen Stränge gelitten und deren Fortsetzung — der funiculus gracilis.

Schabad: «Ein Fall von Ischias scoliotica». (Nr. 23).

Es handelt sich um einen typischen Fall von sog. gekreuzter Scoliose d. h. der Körper ist zur Seite der gesunden Extremität geneigt, die Lumbalwirbelsäule ist scoliotisch gekrümmt mit der Convexität zur kranken Extremität gerichtet. Der m. erector trunci war in diesem Falle entsprechend der kranken linken Seite stärker entwickelt, als auf der gesunden Seite, es kann somit nicht die Rede sein weder von einer Paralyse des linken, noch von einem Spasmus des rechten erector trunci.

P. Kusmin: «Operation eines traumatischen Aneurysma der a. brachialis nach Antyllus mit Exstirpation des Sackes». (Nr 24).

A. Batmanow: «Zur Casuistik der Leberabscesse». (Nr. 24). 2 Fälle, bieten Nichts neues.

N. Postowski: «Ueber Psychosen bei Influenza». (Nr. 24).

Auf Grund seiner Beobachtungen führt P. eine Reihe von Schlüssen an, von denen wir folgende erwähnen wollen: Die psychischen Erkrankungen bei Influenza stehen in enger Beziehung zu den Erkrankungen des Nervensystems bei Influenza; viele psychische Störungen finden Erklärung in der Erkrankung des peripheren Nervensystems.

Die Erkrankungen des Nervensystems bei Influenza bilden 2 klinische Gruppen: die eine Gruppe bilden nervöse Störungen, die in dem Symptomencomplex der Influenza hineingehören und sich als Symptome den anderen Symptomen hinzugesellen, die andere Gruppe bildet die sog. nervöse Form der Influenza, wobei die nervösen Störungen als einziges dominirendes Symptom auftreten. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Störungen, die im Incubationsstadium und in der Reconvalescenz auftreten — prostratio virium, Störungen der Herzthätigkeit, Ohnmachts- und comatöse Zustände. Zur 2. Gruppe gehören vor allem die multiple Neuritis und die Läsionen des Sehorgans. Von den Erkrankungen des Rückenmarks werden am häufigsten die verschiedenen Formen der Myelitis beobachtet. Die primäre eitrige Meningitis ist bei Influenza selten, der Zusammenhang desselben mit der Influenza ist bacteriologisch nicht nachgewiesen; gewöhnlich handelt es sich um eine secundäre Infection. Für die Influenza characteristisch ist die sog. Pseudomeningitis, die sowohl bei Kindern, als auch bei Erwachsenen beobachtet worden ist, bei Kindern können auch Pseudoparalysen sich hinzugesellen. Von den Hirnerkrankungen kommen bei Influenza am häufigsten die verschiedenen Formen der acuten hämorrhagischen Encephalitis zur Beobachtung, ferner Läsionen der Hirnrinde, die heerdweise auftreten, hämorrhagischer Natur sind und klinisch unter dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie verlaufen. Von den Herzneurosen und Angioneurosen kommen bei der Influenza vor — die Angina pectoris und die Basedow'sche Krankheit. Als Läsionen der vasomotorischen und trophischen Nerven werden beobachtet — das Hautsclerem und die symmetrische Gangrän. Von den psychischen Störungen sind zuerst zu erwähnen die besonders in der Reconvalescenz sich entwickelnden Störungen der intellectuellen Fähigkeiten (z. B. Amnesie). Sodann die eigentlichen Psychosen, die sowohl in der Incubation, als auch während der Fieberperiode einsetzen können. Die Fieberpsychosen haben einen depressiven Character, sie äussern sich in einer besonders gedrückten Stimmung, Angstgefühl, Selbstmordideen, Hallucinationen. Die nach Ablauf des Fiebers auftretenden Psychosen sind: einfache Melancholie, Hypochondrie, melancholischer Wahnsinn. Zu trennen sind dieselben von den Erschöpfungspsychosen, asthenischen Psychosen, die auch nach anderen Infectionskrankheiten auftreten können.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa shenskich bolesnej. Juni — September, № VI — IX, 1895.

A. A. Dranizin. «Klinische Beiträge zur Lehre von der Tubenschwangerschaft». (Nr. 6.)

D. referirt über 13 operativ behandelte Fälle von Tubengravidität in frühem Entwickelungsstadium. Den ausführlichen Krankengeschichten schickt Verf. einige Bemerkungen über Anamnese, objectiven Untersuchungsbefund, Therapie und klinischen Verlauf dieser Anomalie voraus, aus welcher wir folgendes entnehmen. Die extrauterine Gravidität wurde 5 mal in der rechten, 8 mal in der linken Tube constatirt. In alle

Fälle, mit einer Ausnahme, wurde durch Probeauskratzung eine deciduale Veränderung der Uterusschleimhaut festgestellt. Die Tubenschwangerschaft war 2 mal mit Ovarialtumoren der entgegengesetzten Seite 4 mal mit Haematocele retrouterina complicirt. 2 mal wurde der Tumor im Douglas punctirt. Obgleich in keinem der operirten Fälle Eiterungsprocesse gefunden wurden, fieberten dennoch 4 Pat. vor der Operation. Nach der Coeliotomie wurde die Bauchhöhle in 9 Fällen tamponirt, wobei in 8 Fällen sowohl nach der Bauchwunde als auch nach der Scheide hin. 7 mal wurden die Adnexa der anderen Seite normal, 6 mal verändert gefunden. Das Ovarium derselben Seite konnte nur in 1 Falle erhalten werden. Von Complicationen nach der Operation, welche in direktem Zusammenhang mit derselben standen, sind grössere Exsudatbildungen in 2 Fällen, kleinere gleichfalls in 2 Fällen verzeichnet.

Es folgen die Krankengeschichten von 9 expectativ behandelten Fällen von Eileiterschwangerschaft. (5 links, 4 rechtsseitigen.)

E. Sobjestianski. «Zur Kasuistik der Geburten bei zusammenhängenden Doppelmissgeburten». (Nr. 6.)

Bei einer IV. para trat, nachdem der Kopf schon geboren war, ein Geburtshinderniss auf. Die Untersuchung legte, nach Ausschluss anderer Abnormitäten, die Vermuthung nahe, dass es sich um eine Doppelmissbildung handele. Da nach dem geborenen Kopf zu urtheilen die Dimensionen der Früchte klein waren, wurde beschlossen (ohne Zerstückelung) eine Extraction zu forciren, welche auch nach vielen Anstrengungen gelang. Der 2. Foetus wurde in Fusslage extrahirt. Beide Mädchen wogen 4000 Grm. Eine genaue Beschreibung dieser an ihrer Bauchfläche breit verwachsenen Foeten (1 Herz, 1 Leber, 2 Magen, 1 Darm) ist im Originale nachzulesen.

W. Stroganow. «Zur Bakteriologie des weiblichen Genitaltractus». (Nr. 6.)

In vorliegender Abhandlung hält es S. für seine Pflicht, einige von Winter aus einer Arbeit Verf.'s falsch citirte Passus zurechtzustellen und seine Ansichten nochmals in folgenden Thesen zu formuliren: 1) Der Cervicalkanal, sowohl der schwangeren wie nicht graviden Frau, ist steril. 2) Die Gegend des äusseren M. M. ist die Scheidegrenze zwischen sterilem und nicht sterilem Theile des Genitalkanales. 3) Der Schleim des Cervicalkanales tödtet die Mikroorganismen.

A. P. Pawlow. «Zur Lehre von der Grösse und Form des Beckens. Das Becken der Polin». (Nr. 6.)

Ein Vergleich der an 276 Gebärenden und 50 Leichen von Polinnen durch Messung erhaltenen Zahlen mit denjenigen von Rjmscha bei Russinnen gewonnenen ergiebt: 1) Das Becken der Russin hat kleinere quere Durchmesser als dasjenige der Polin. 2) Der Unterschied in den Durchmessern ist bei der Russin grösser (3.2 C.) als bei der Polin (2,79 C.) 3) Die Conjugata ext. und Diagonalis ist bei der Russin grösser als bei der Polin. 4) Der Unterschied zwischen beiden letztgenannten Durchmessern ist bei dem russischen Becken kleiner als bei dem polnischen. Was die Kinder anbetrifft, so ist durchschnittlich ein russisches schwerer, die Querdurchmesser grösser, die geraden und schrägen Durchmesser kleiner als beim polnischen. Vergleicht man die Maasse der Becken mit denjenigen der Kinder, so ergiebt sich, dass den Beckenmaassen auch die Maasse der Kinder entsprechen und dass das Kind der einen Nation, den Maassen nach, nicht in das Becken der anderen Nation passt.

A. A. Muratow. «Ueber Blutergüsse in eine Dermoidcyste bei uteriner Schwangerschaft, eine Ruptur des Fruchthalters bei ektopischer Schwangerschaft vortäuschend». (Nr. 7, 8.)

Eine 30jährige Pat., welche 1½ Monate nicht menstruirt war, fiel während des Waschens am Morgen in Ohnmacht. Schmerzen im Kreuz und in der rechten Leistengegend. Bei der sehr anaemischen Person wurde die vergrösserte antiflectirte Gebärmutter elevirt hinter der Symphyse gefunden. Hinten und links von derselben ein prall-elastischer schmerzhafter Tumor, dessen obere Grenze auf Nabelhöhe steht. Der Douglas wird durch das untere Segment der Geschwulst bedeutend herabgedrängt. Colpotomia posterior. Heilung.

A. P. Sabolotski. «Primäres Plattenepithelcarcinom (Cancroid) der Gebärmutter». (Nr. 7, 8.)

Auf das von Zeller beobachtete Vorkommen von Plattenepithel bei Endometritis und die spärlichen in der Literatur vorhandenen Fälle von Plattenepithelkrebs hinweisend, giebt Verf. eine sehr ausführliche Krankengeschichte und Beschreibung des durch Operation (Laparotomie im Anschluss an vaginale Exstirpation) gewonnenen Präparates und der aus denselben gefertigten mikroskopischen Bilder.

S. Lipinski. «Sarkomatöse Geschwulst des rechten Ovarium». (Nr, 7, 8.)

Auf Grund sorgfältiger Nachforschungen in der Literatur des In- und Auslandes schliesst L., dass das Sarcom des Ovarium nicht so selten vorkommt, wie man anzunehmen pflegte. Im Falle L.'s handelte es sich um eine 28jährige Jüdin, welche seit 3½ Monaten an einem schnell wachsenden Tumor im Leibe litt. Die untere Grenze der wenig beweglichen Geschwulst von ungleichmässiger Consistenz befand sich 3 Querfingerbreit über der Symphyse, die obere 1 Fingerbreit über dem Nabel. Seitwärts dehnte sich die Geschwulst bis zu der reg. hypogastric. aus; links etwas höher als rechts. Linkerseits ist neben der nicht vergrösserten Gebärmutter ein normales Ovarium zu fühlen. Das untere Segment des Tumors kann im vorderen und rechten Scheidengewölbe palpirt werden. Die durch Coeliotomie entfernte Geschwulst erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als Rundzellensarcom.

G. J. Kudisch. «160 Fälle von Auskratzung der Gebärmutter».

Verfasserin tritt warm für eine aktive Therapie bei Abort und incompleten Fehlgeburten ein. Auch in puerperalen Zuständen hält sie die Anwendung des scharfen Löffels für angezeigt.

Mehrere einschlägige Krankengeschichten erläutern das Gesagte.

J. S. Kolbasenko. «Ueber die Ursache des pruritus universalis gravidarum». (Nr. 7, 8.)

Bei einer 25jährigen nervösen II gravida beobachtete Verf. 1 Monat vor dem Geburtstermin einen am Unterleibe beginnenden, sich über die ganze Körperoberfläche verbreitenden pruritus. Hautveränderungen waren nicht vorhanden, die Therapie machtlos. Nach der normal verlaufenen Geburt hörte der pruritus auf. Verf. ist geneigt das Auftreten des pruritus toxischen Einflüssen zuzuschreiben; dieselben können hervorgerufen werden 1) durch Aufnahme toxischer Substanzen aus dem Darmtractus, welche durch die Haut ausgeschieden werden. 2) Durch Ausscheidung einer Substanz durch die Haut, welche die augenscheinliche Veränderung des Fruchtwassers, wie sie bei der Geburt beobachtet wurde, bewirkt hatte. Eine chemische Analyse des Fruchtwassers ist nicht ausgeführt worden.

G. G. Lewitzki. «Spaltbecken». (Nr. 9.)

Beschreibung eines in der Klinik zu Kiew zur Beobachtung gelangten Beckens mit angeborenem Defect des vorderen Knochenringes. Der Abhandlung sind 3 photographische Abbildungen des Präparates beigefügt. Details sind im Originale nachzusehen.

N. Schuwarski. «Beiträge zur Lehre von der Sterilität». (Nr. 9.)

Verf. hat 80 Frauen ¼ bis 2 Stunden post coitum untersucht, um die Frage zu entscheiden, wohin das Sperma beim coitus gelangt. Untersucht wurde das Secret der Scheidengewölbe, der Cervix und der Uterushöhle. In 13 Fällen waren die Männer die Ursache der Sterilität; in 22 Fällen blieb diese Frage unentschieden. Nach diesen Untersuchungen wird das Sperma nur in die Scheidengewölbe ej aculirt, von wo die Spermatozoen allein in die Uterushöhle gelangen; daselbst können sie schon ½ Stunde post coitum angetroffen werden. Das Secret der Gebärmutter scheint ein die Lokomotion der Spermatozoen begünstigendes Medium zu sein. An der Unfruchtbarkeit ist in der Mehrzahl der Fälle der Mann schuld.

J. M. Lwow. «Ueber die Ursachen der pathologischen Lage und Lageveränderung der Frucht bei der Geburt». (Nr. 9.)

Nachdem L. in dieser klinischen Vorlesung die verschiedenen, eine Schräg- oder Querlage der Frucht verursachenden, Momente beleuchtet, hebt er hervor, dass auch absolute oder relative Kürze der Nabelschnur eine solche pathologische Lage herbeizuführen im Stande ist und dass ferner eine derartige Nabelschnur auch ein aetiologisches Moment für pathologische Drehungen der Frucht während der Geburt abgeben kann. Das Gesagte wird durch mehrere einschlägige Geburtsgeschichten erläutert.

J. J. Fedorow. «Colpotomia posterior oder Keliotomia vaginalis posterior als Heilmethode der Uterusadnexe und ihrer Neubildungen». (Nr. 9.)

Verf. giebt eine kurze geschichtliche Uebersicht über die 1857 von Aten zuerst ausgeführte Colpotomie. In den 1870 bis 1880 Jahren wurde dieselbe, dank dem Aufblühen der Antisepsis, durch die Laparotomie verdrängt. In neuerer Zeit wird dieses Operationsverfahren von verschiedener Seite wieder warm empfohlen.

Für die Colpotomia posterior stellt F. in Uebereinstimmung mit Lwow folgende Indicationen auf: 1) Ovarialcysten bis Kindskopfgrösse, welche im Douglas gelegen sind. 2) Erkrankte Tuben, Eierstöcke und Ligamente en masse, wenn sie fest mit den Nachbargebilden verwachsen und nach hinten dislocirt sind. 3) Erkrankte wenn auch bewegliche, aber nach hinten dislocirte Ovarien.

F. hat 2 mal wegen Cystis parovarial. et Hydrosalpinx dextr. und Fibrosarcoma ovarii et Hydrosalpinx dextr. die Colpotomia posterior ausgeführt. Dobbert.

Довв. ценз. Спб. 29 Января 895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1896.

Wratsch. 42—52 incl.

W. Dreyer. «Resultate der Diphtherie Serumbehandlung im Moskauer Wladimir-Kinderhospital im ersten Halbjahr 1895.» (Nr. 45.)

Das Behring'sche Heilserum kam in Anwendung: 1000—2000 Immunisirungseinheiten wurden injicirt, ein Mal sogar einem Kinde 7000. Am ersten Tage war kein Erfolg bemerkbar, dagegen ging am 2. Tage die Drüsengeschwulst zurück und der Belag wurde lockerer und fing an sich abzustossen, in leichten Fällen war Rachen am 4—5 Tage rein. 310 Diphtheriefälle kamen in Rechnung, bei denen sämmtlich der Löffler'sche Bacillus gefunden wurde. Von 310 genasen 248, starben 62 = 20 pCt. Mortalität. 145 Kinder waren unter 5 Jahren, von denen starben 40. Auch hier waren die Resultate am günstigsten, je früher die Serumbehandlung angewandt wurde. In 69 Fällen ging der Process auf den Kehlkopf über, von diesen starben 19. Bei 31 Kranken wurde tracheotomirt mit einer Sterblichkeit von 42 pCt.

N. Shukow. «Ueber den Einfluss des Hungern auf die Entwickelung des Centralnervensystems bei neugeborenen Thieren.» (Nr. 45.)

Vorl. Mitth.

An Gewicht nimmt das Hirn und Rückenmark im Verhältniss zu der stärkeren Abnahme der anderen Organe wenig ab. In den Nervenzellen wird Myclinzerfall und Coagulations necrose beobachtet.

R. Peters. «Ueber die Behandlung des Angioms auf electrolytischem Wege». (Nr. 45 und 46.)

Zuverlässiger als alle Aetzmittel ist das electrolytische Verfahren. Bei der Application beider Nadeln (bipolare Methode) in einer Entfernung von 2 ctm. von einander auf das Angiom wird dieses blasser, in der Umgebung der Nadeln bildet sich ein Gerinsel und kleine Schorfe, die bei längerer Behandlung härter werden. Im Inneren bildet sich entweder ein harter Knoten oder eine mit grützartigen Zerfallsmassen gefüllte Höhle. Die unipolare Methode besteht in Application einer Nadel auf den tumor von aussen, Einführung der anderen in den Tumor. Das Verfahren ist absolut ungefährlich. Verf. hat 70 Fälle behandelt, darunter 67 Kinder. Es handelte sich um Angioma lipomatodes, A. cavernosum, Teleangiectasieen und gemischte Formen. Was die Grösse anbetrifft waren die Geschwülste von Erbsen bis zu Faustgrösse, häufig mehr flächenhaft, ein Cavernom nahm die eine Hälfte des Kopfes und Halses ein. 80 pCt. der Cavernome hatten ihren Sitz im Gesicht oder Kopf. Die Zahl der Sitzungen lässt sich nicht vorher bestimmen, oft nimmt die Behandlung Monate in Anspruch Nach erfolgreicher Behandlung restirt eine weiche Narbe, die anfangs pigmentirt ist. Mehrere Krankengeschichten sind angeführt, um die guten Resultate zu demonstriren.

S. Barsky. «Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Pilocarp. mur.» (Nr. 45, 46, 47 und 48.)

B. hat seine Beobachtungen gemacht bei einer Epidemie in dem Ekatherinoslaw'schen Gouvernement 1894—1895, die 202 Opfer forderte. Verf. hat 95 Fälle behandelt und die Erfahrungen gemacht, dass von 48 Kranken, die nur mit Pilocarp. behandelt wurden 8 starben = 16,66 pCt., von 17 Kranken, die neben Pilocarpin Seruminjectionen bekamen, 3 = 17,64 pCt. Mortalität, von 24 Kranken, die weder Pilocarp. erhielten, noch mit Seruminjectionen behandelt wurden, starben 19 = 79,16 pCt. 5—10 Minuten nach erfolgter Injection tritt Hitzegefühl, Röthung der Hautoberfläche, alsbald Schweiss- und Speichelsecretion ein. Nach 5—6 Stunden gewinnt man den Eindruck, als wären die Beläge gequollen und reiner. Oft werden necrotische Massen ausgehustet und nach 2—3 Tagen (von der Behandlung mit Pilocarpin gerechnet), ist der Rachen gewöhnlich rein. Eine üble Wirkung hat B. nie beobachtet, selten Erbrechen, fast immer Temperaturabfall. Es macht den Eindruck, als ob der Process bei rechtzeitiger Behandlung mit Pilocarp. seltener auf den Kehlkopf übergeht (unter 40 Fällen 4 mal). Den nutzbringenden Einfluss des Pilocarp. sieht Verf. in der Aufquellung der Membranen, der Speichelsecretion und der damit verbundenen Wegschwemmung der Bacterien aus der Mundhöle und der sauren Reaction des Speichels. Alle Fälle, bei denen bei der Pilocarp.-Behandlung der Speichel eine saure Reaction annahm, genasen, so dass B. dieses mit ziemlicher Sicherheit als prognostisches Merkmal annahm. In leichteren Fällen wurde Pilocarpin innerlich 0,02-0,06: 120,0 bis 200,0 gegeben, in schwereren 1/4 einer Pravaz'sche Spritze einer 2 pCt. Lösung.

W. Stoljipinsky. «Die Exstirpation des Uterus per Laparotomiam und per vaginam mit Anwendung von Klemmpincetten statt Ligaturen.» (Nr. 45 und 46.)

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden nach Péan, Second, Doyen etc. S. selbst hat mehrfach statt der Unterbindung der lig. lata. die Klemmpincetten angelegt. Genügte der Querschnitt ins vordere und hintere Scheidengewölbe nicht zur Exstirpation der myomatösen Gebärmutter, so legte er einen sagittalen Schnitt vom Harnröhrenwulst zum Querschnitt des vorderen Scheidengewölbes an, der später vernäht wurde. Einige Fälle wurden auf combinirte Weise d. h. per vaginam mit Hilfe der Laparotomie operirt, wobei die Ligamente von oben, von der Bauchhöle aus, unterbunden wurden.

A. Beckmann. «Ein neuer Ophthalmoskop-Reflector.» (Nr. 46.)

Vorläufige Mittheilung.

Ohne vorliegende Figur schwer zu beschreiben.

E. Nesmanow. «Jod bei Trachom.» (Nr. 47.)

Vorläufige Mittheilung.

Da sich die Tinct. Jodi wegen des reizenden Alkoholgehaltes nicht eignete, benutzte N. eine 1/2—1 1/2 Jod-Vaselinsalbe (oleum vasel. alb.) besonders beim Narbentrachom und Complicationen mit Pannus. Nach 3—4 Tagen nimmt die Injection sichtbar ab, die Hornhaut hellt sich auf. Durch Zusatz von Aether petrolei konnte die Lösbarkeit des Jods bis zu 10 pCt. vermehrt werden — eine Lösung, die besonders bei frischen Fällen Anwendung fand.

E. Kotljar. «Die physiologisch-klinische Bedeutung der Bittermittel.» (47 und 48.)

Die Meinungen, ob die Gruppe der Bittermittel secretionsbefördernde Wirkung besitzen oder nicht, sind getheilt.

K. machte Versuche an einem Hunde, dem durch eine Magenfistel ein Infus aus Gentiana und Quassia applicirt wurde. Die Versuche mit diesen Bittermitteln wurden vor und nach der Nahrungszufuhr angestellt und in beiden Fällen gewann K. die Ueberzeugung, dass die Secretion der Magendrüsen in keiner Weise vermehrt, noch in seiner Beschaffenheit verändert ist. Einen grösseren Einfluss als der chemische Reiz, ist dem psychischen Moment zuzuschreiben; hierher gehört die noch nicht erklärte Sensation des Appetites. Wenn die Bittermittel im Stande wären diesen anzuregen, so wäre der Einfluss ein unleugbarer, wenn aber von einem solchen die Rede ist, so kann derselbe nur auf psychischem Wege durch Autosuggestion erfolgt sein, «durch Vermehrung und Belebung der Vorstellung des Essens.»

N. Shukow. «Untersuchungen über die Leitungsfähigkeit der Schädelknochen und der Wirbelsäule mit dem electrischen Kammerton und die diagnostische Bedeutung derselben.» (Nr. 47.)

Beim gesunden Menschen besitzen die Schädelknochen einen verschiedenen Grad von Leitungsfähigkeit. Diese ist zu untersuchen auf der Stirn und der Sagittalnaht, auf dem Schei-

telbein gleich hinter den tub. parietal., in der Gegend der protub. occipit. und auf beiden Schläfenbeinen an der Grenze des Ueberganges vom Schläfenbein zum Scheitelbein. Schwieriger sind die Verhältnisse bei der Untersuchung der Leitungsfähigkeit der Wirbelsäule, hier sind nur dann Leitungsunterschiede wahrzunehmen, wenn der pathologische Process im Proc. spinos. seinen Sitz hat. Was die Schädelknochen angeht, so lässt sich nicht allein eine event. Erkrankung dieser, sondern auch pathologisch-anatomische Veränderungen in dem dem Schädeldach anliegenden Gebiete (event. Tumoren), erkennen.

D. Kamensky. «Ueber den Einfluss des Scopolamin. muriat. auf die Secretionsthätigkeit der Verdauungsdrüsen und auf die Schweisssecretion.» (Nr. 47—51.)

Das Scopolamin stellt die Speichelsecretion bei Hunden, Katzen und Kaninchen durch Lähmung des peripheren secretorischen Apparates ein, wobei dasselbe die sympatischen Nervenfasern der Gland. submaxill. unbeeinflusst lässt. Die Blutcirculation in dieser Drüse wird beschleunigt, wobei das Blut, das aus der Vene dieser Drüse fliesst, einen mehr arteriellen Charakter annimmt. Beim Hunde wird die Secretion der Bauchspeicheldrüse eingestellt, nicht aber beim Kaninchen. Die Gallensecretion geht unbehindert fort. Die Schweisssecretion wird durch Lähmung des peripheren Secretionsapparates vermindert, nach Aufhebung der Lähmung desselben, ist die Secretion vermehrt.

A. Strushensky. «Ueber den Einfluss der Bandagirung der unteren Extremitäten bei Hydrops auf den Puls, den Blutdruck, den Blutbestand, die Athmung und die Harnsecretion.» (Nr. 47.)

Vorläufige Mittheilung.

Die Pulsfrequenz blieb in der Regel unbeeinflusst, oft fiel die Frequenz um einige Schläge, die Pulswelle wurde voller. Auf dem Sphygmogramm konnte man ein steileres Ansteigen, einen mehr abgeflachten Gipfel und ein oder zwei steile Spitzen sehen, der Blutdruck war stets vermehrt. Der Haemoglobingehalt und der Bestand an Formelementen im Blut war stets vermehrt — ein Verhalten, das 2 Stunden nach Anlegen der Binden in's Gegentheil umschlug. Die Athemfrequenz blieb unbeeinflusst, dagegen wies die Harnsecretion eine erhebliche Vermehrung auf. Die Anwendung elastischer Binden bei Nephritikern mit Hydrops ist rathsam in Fällen, wo der Blutdruck ohne Schaden erhöht werden darf, die allgemeine und locale Circulation wird wesentlich gefördert.

J. Debogori-Mokriewicz. «Ueber den Einfluss verschiedener Nahrung und des Hungerns auf die Dauer der Ausscheidung des Jod-Kali und der Salicylsäure durch die Nieren.» (Nr. 47.)

Vorläufige Mittheilung.

Bei der Fleischkost währt die Ausscheidung von Arzneimitteln durch die Nieren kürzere Zeit, als bei der Pflanzenkost, wie überhaupt bei reichlicherer Nahrungsaufnahme. Beim Hungern geht die Ausscheidung viel längere Zeit von Statten. 140 Versuche wurden angestellt.

A. Stepanow. «Bericht über die sanitären Zustände der Ostjacken des Narimski'schen Kreises im Gouvernement Tomsk.» (1894) (Nr. 47—48.)

Die Kindersterblichkeit ist bei diesem auf der niedrigsten Culturstufe stehenden Volksstamm eine immense. Die Erkrankung an Pocken ist eine sehr verbreitete, — dagegen die Syphilis nicht mehr, als im europäischen Russland. Die sanitären Verhältnisse sind sehr traurige, ein Arzt ist im einzigen im ganzen Kreise befindlichen Hospital thätig und hat einen Umkreis von 300,000 Quadratwerst zu besorgen!

M. Senetz. «Klinische Mittheilungen.» (Nr. 48 und 49.)

Ein Fall betrifft einen auf dem Wege der Besserung befindlichen Typhuspatienten, der an Darmblutungen starb. Der zweite Fall betrifft einen Fall von Intussusceptio intest.

S. Cholmagorow. «Vorfall der Gebärmutter und Scheide bei einer Nullipara mit einigen Bemerkungen über die Ventrofixatio uteri.» (Nr, 49.)

30-jährige Nullipara leidet seit 2 Jahren an einem totalen Uterusprolaps mit Cysto- und Rectocele. Nach Amputation der Portio, Ventrofixation nach Leopold Czerny, nach einigen Monaten Recidiv. In einem anderen Fall wurde Colporraphia ant. Colpoperineorraphia und Ventrofixation mit Erfolg ausgeführt.

G. Schapiro. «Ueber die Methode der Herzpercussion.» (Nr. 49.)

Die Percussion der Herzdämpfung mit nach vorn gebeugtem Oberkörper (um das Herz der Thoraxwand zu nähern) schliesst den Fehler in sich, dass durch die gebeugte Haltung durch Empordrängen des Zwerchfells durch die Leber etc. das Herz dislocirt wird. Sch. führt die Percussion in der Weise aus, dass er den Pat. in der Bauchlage percutirt, in dem dieser auf einem tragbareartigen Bett auf dem Bauch liegt, der Arzt auf einem Sessel unter der verstellbaren Tragbare untersucht, die auf diese Weise festgestellten Grenzen fallen stets grösser aus als die in sitzender Lage erlangten.

O. Petersen. «Ueber Trichorrhexis nodosa.» (Nr. 50.)

Die Trichorrhexis nodosa wird bei beiden Geschlechtern gleich häufig beobachtet als selbstständige Erkrankung oder als Nebenerscheinung bei anderen Ernährungsstörungen des Haares, wie überhaupt die Trichorrhexis die Folge einer Ernährungsstörung ist.

W. Olderogge und N. Jurmann. «Scopolamin — ein Sedativum und Narcoticum.» (Nr. 50.)

Verf. wandten das Scopolamin bei Psychosen an, subcutan wurde 0,0002—0,0004 gegeben, nach kurzer Zeit trat ein Zustand der Beruhigung, des Schlafbedürfnisses und auch tiefer Schlaf ein. Bei Delirium tremens blieb die Wirkung aus. Als Nebenerscheinungen traten auf: Schwäche in den unteren Extremitäten, Mydriasis, Zunahme des Blutdruckes und Herzverlangsamung, reichliche Diurese.

W. Heinatz. «Ueber Desinfection des Catgut.» (Nr. 50 u. 51.)

Mit Anthraxculturen inficirte Seiden- und Catgutfäden wurden auf verschiedene Weise desinficirt. Nach 3-tägigem Verweilen in 5 pCt. Carbolsäurelösung gediehen die Sporen ungestört. Ebenso wurde Thymol, Naphthalin, Salicylsäure, Creosot, Lysol und Kreolin versucht — doch keines der Desinficientien vermochte die Sporen beim 24 stündigem Verweilen in der Desinfectionsflüssigkeit abzutödten. Die spirituösen Desinficientien erwiesen sich als noch unwirksamer als die wässrigen. Die Bearbeitung mit 1‰ Sublimatlösung führte bei den verschiedenen Autoren zu verschiedenen sich widersprechenden Resultaten. H. fand, dass die Sporen selbst bei 4 tägigem Verweilen in 1‰ wässriger Sublimatlösung nicht vernichtet wurden, ebensowenig wie eine spirituöse (80 pCt.) 1 pCt. Sublimatlösung. Die einzig zuverlässige Art der Desinfection ist die Trockenhitze bei einem Hitzegrad von 150° C. 2 Stunden hindurch.

J. Sachartschenko. «Ueber den Bau und Function der Nerven.» (Nr. 50.)

Vorläufige Mittheilung.

Die subdermalen Nerven, besonders die sensiblen besitzen längere Kettenglieder zwischen den Ranvier'schen Einschnürungen, als die motorischen. Untersuchungen am Thier.

J. Dsershgowski. «Uebr die Ursachen der Trübung des Diphtherie-Heilserums.» (Nr. 51.)

Die Trübung hat ihren Grund in einer ungenügenden Ausscheidung des Fibrins, in dem verschiedenen gegenseitigen Verhältniss der fibrino plastischen Substanzen im Blutplasma oder in der Bildung von Gährungen bei längerer Conservirung. Als Kunstproduct ist die Trübung aufzufassen, wenn durch Zusatz von desinficirenden Substanzen die Löslichkeitsverhältnisse der Eiweisskörper und Fette modificirt, der Gehalt an freien Alkalien verändert unlösliche Eiweisskörper gebildet werden. Zwecks näherer Untersuchung des Niederschlages wurden die Eiweisskörper mit Aether extrahirt, chemisch untersucht und der Trockenzustand bestimmt. Die Asche bestand aus phosphorsaurem Kalk, Chlornatrium und geringen Mengen essigsaurer Salze. Der Zusatz einer 0,5% Carbolsäure vernichtet die ins Serum gelangten Bacterien (ausgenommen die widerstandsfähigsten, wie die Anthraxbacillen), der Zusatz von Campher tödtet nur einige Bacterien. Die eventuell schädliche Wirkung der zugesetzten Carbolsäure wird reichlich aufgewogen durch die Garantie ein bacterienfreies Serum in der Hand zu haben.

S. Ostrogorsky. «Erfahrungen über die Anwendung des Diphtherie-Heilserum im Alexander-Cadettencorps.» (Nr. 52.)

Die Epidemie war keine schwere, alle 27 beobachteten Fälle genasen, 20 wurde das Heilserum injicirt, bei zweien zeigte sich ein Erythem, bei dreien ein unregelmässiger, intermittirender Puls. Neben den Injectionen wurde locale Behandlung angewandt.

J. Sokolow. «Ein sich im epidermoidalen Gewebe einnistender Wurm.» (Nr. 52.)

Der Parasit ist 1 Mm. gross, besteht aus 10 Gliedern, der Kopf ist von einem Hakenkranz umgeben, 2 an Saugnäpfe erinnernde Gebilde, jedes der 10 Glieder ist von kleinen Häckchen umgeben, am Schwanzende zwei kolbenförmige Anschwellungen. Im Inneren scheinen zwei quergestreifte Röhrchen durch. Die Parasiten finden sich am häufigsten im Gesicht doch auch auf anderen Körpertheilen, sie graben sich einen Gang in die Haut, in der Nähe des Canals finden sich öfters an den Härchen schwarzgefärbte Eier, der Canal kann bis 15 Ctm. lang sein. Die Kranken werden durch das Gefühl von Jucken geplagt. Unter der ländlichen Bevölkerung soll dieser Parasit sich nicht so selten finden. Die Herkunft ist unbekannt.

Lingen.

Westnik obschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 11—12 incl.

D. Tschapin: «Ueber Syphilis und einige andere Krankheiten im Kain'schen Kreise, Gouv. Tomsk.» (Nr. 11.)

Die medicinische Hülfe im Kreise ist eine sehr mangelhafte. Syphilis, Trachoma und andere schwere Krankheiten sind stark verbreitet und bleiben meist unbehandelt.

P. Grazianow: «Zur Frage über die Reorganisation der Aufsicht über die Prostitution in Russland.» (Nr. 11.)

Die jetzt herrschende Organisation der Aufsicht ist nach Verfasser sehr mangelhaft. Eine Verbesserung derselben ist nur dann zu erwarten, wenn die Gemeindeverwaltungen sich unmittelbar und activ an derselben betheiligen werden. Die Thätigkeit der Stadt- und Landcommités zum Ergreifen von Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis und zur Aufsicht über die Prostitution muss unter Controle der Regierung stehen, zu welchem Zwecke die Gründung einer besonderen Abtheilung am Medicinaldepartement sehr wünschenswerth ist, die Alles, was diese wichtige Frage betrifft, verwalten sollte und in der alle Kenntnisse über die Verbreitung der Syphilis concentrirt und erwogen werden sollten. Ausserdem ist eine Verbesserung der Registration der Syphilitiker sehr wünschenswerth, wobei die Syphilis zur Gruppe derjenigen Infectionskrankheiten gerechnet werden muss, gegen deren Verbreitung das Ergreifen von Verhütungsmaassregeln obligatorisch ist. Da die Frage eine sehr complicirte und wichtige ist, so können die Details derselben am besten in periodischen Aerzteversammlungen aus dem ganzen Reiche ausgearbeitet werden.

Prof. J. Skworzow: «Demographische Zeitfragen.» (Nr. 12.)

Nach dem Material des VIII hygienisch-demographischen internationalen Congresses zu Budapest.

S. Sterling: «Die Verhältnisse der professionellen Arbeit an den Tuchfabriken der Stadt Tomaschow (Gouv. Petrokow.» (Nr. 12.)

Im Jahre 1893 arbeiteten in allen grösseren Tomaschowschen Tuchfabriken im Ganzen etwa 2500 Personen. Als Material zur Herstellung des Tuches dient fast ausschliesslich reine Schafswolle. Diese wird zuerst sortirt, in Sodalösung ausgewaschen und kommt darauf in die Färbestube, wo sie in Dampfkesseln gefärbt wird. Als Beizmittel dienen gewöhnlich Alaun, Chromsuperoxyd und Weinstein. Die gebräuchlichsten Farben sind Indigo, Campechenholz und Anilinfarben. Nach dem Färben folgen verschiedene Vorbereitungen der Wolle zum Spinnen. Von Krankheiten an den Tuchfabriken sind die unter der Einwirkung des Staubes sich entwickelnden am meisten verbreitet, so chronische Entzündungen der Schleimhäute des Auges und der Respirationswege. Emphysem und Lungentuberculose raffen einen grossen Theil der Arbeiter hin. Die Berührung mit reizenden Substanzen beim Färben der Wolle führt zu verschiedenen Hautkrankheitnen wie Ekzema, Abscesse, Phlegmonen und Furunkeln der Haut. Die beim Waschen der Wolle beschäftigten Arbeiter leiden in Folge der ständigen Durchnässung des Körpers oft an Rheumatismus. Verf. schlägt mehrere Veränderungen der Arbeitsverhältnisse vor, durch die die Krankheiten zum grossen Theil verhütet werden könnten.

D. Kosorotow: «Ueber die Veränderungen des Blutes und einiger Organe bei Kaninchen nach subcutaner Injection des antidiphtheritischen Heilserums.» (Nr. 12.)

Verf. kam bei seinen Untersuchungen zu folgenden Resultaten:

1) Das antidiphtheritische Heilserum ist kein indifferentes Mittel für den thierischen Organismus.

2) Die Veränderungen, die nach Injection desselben in «medicinalen» Dosen in den Geweben auftreten, haben mit den Veränderungen bei acuten Infectionen grosse Aehnlichkeit.

3) In der Leber und Nieren entwickelt sich eine starke Hyperämie, die parenchymatösen Elemente zeigen Degenerationserscheinungen in Form der trüben Schwellung, stellenweise aber noch schwerere Veränderungen.

4) Auf die auf dem Wege der Resorption des antidiphtheritischen Heilserums liegenden Lymphdrüsen, übt dasselbe eine starke Reizung aus; sie zeigen deshalb die stärksten pathologischen Veränderungen. Die anderen Drüsen und Milz zeigen weniger ausgesprochene Erscheinungen einer acuten Hyperplasie.

5) Unter den rothen Blutkörperchen treten viele von Stachelform auf; die Zahl der weissen Blutkörperchen vergrössert sich: es entwickelt sich eine Leucocythose.

6) Da das anti diphtheritische Heilserum unzweifelhaft scharfe Eigenschaften (acria) besitzt, so erfordert die Anwendung desselben grosse Vorsicht.

A. Sacher.

Westnik Oftalmologii. (November — December 1895).

O. Ewetzki: «Disseminirte Sarkome des Uveal tractus».

Bringt die macroscopische wie anatomisch-microscopische Beschreibung

1) eines Melanosarkoma iridis mit Ausbreitung auf den Ciliarkörper und den benachbarten Theil der Aderhaut.

2) eines Melanosarcoma chorioideae diffusum.

J. N. Katzaurow: «Einspritzungen von Kochsalzlösung unter die Bindehaut».

Hat es in 110 Erkrankungsfällen versucht. Er benutzte eine sterilisirte 3% Lösung. Erwachsene bekamen eine ganze Kinder eine halbe Pravaz'sche Spritze auf ein mal.

Einstich weiter ab vom Hornhautrande bis hinauf in die Uebergangsfalten. Keinerlei Complicationen beobachtet. Injection unter Cocain schmerzlos. Wenn nothwendig — bei ambulanten Einäugigen — kann sogar der Verband fortfallen. Trachom 14 Fälle — kein Erfolg. Keratitis superficialis et Infiltratio Corneae — 7 Fälle — kein Erfolg. Maculáe et leucomata Corneae — 12 Fälle — kein Erfolg. Keratitis parenchymatosa — 6 Fälle — kein Erfolg.

Reine Hornhautwunden — 16 Fälle — gleichzeitig wurde aber auch Atropin, Jodoform, Verband angewandt, heilten gut und «2 mal so schnell» als man sonst nicht gewohnt ist zu beobachten.

Schmutzige Hornhautwunden u. Geschwüre, mit und ohne Eiteransammlung in der vorderen Augenkammer — 41 Fälle. Erfolg sogleich. In einigen Fällen sichtlich schnelle Reinigung und Ausheilung, in anderen kein Erfolg zu constatiren. Für diese Gruppe von Erkrankungen hält K. die Sublimatinjectionen für rationeller und sicherer, wenngleich auch die Salzinjectionen hier stets versucht werden können, und auch oft sichtlich nützen. Die sonst übliche locale Therapie — Eserin, Jodoform Verband etc. — wurde stets gleichzeitig angewandt.

Iritis und Cyclitis 9 Fälle. K. enthält sich hier jeden Urtheils da er gleichzeitig stets Quecksilber brauchen liess.

S. L. Segall: «Zur Entdeckung simulirter Blindheit».

Armirt man ein Gestell mit + Cyl 1—1,5 D der Art, dass vor dem einen Auge die Axe vertical, vor dem anderen die Axe horizontal steht und liest der zu Untersuchende mit dieser Brille binocular fast eben so gut wie vorher mit dem angeblich allein sehenden Auge — so verräth das die Simulation.

Nimmt man an Stelle der schwachen, starke + oder — Cylinder und lässt man eine Lichtflamme fixiren, dann muss

wenn beide Augen sehen und gleiche Refraction besitzen, ein helles Kreuz erscheinen.

Stellt man vor das sehende Auge ein starkes + Glas und vor das angeblich blinde ein Planglas und lässt eine Lichtflamme fixiren, dann muss eine runde leuchtende Scheibe und eine Lichtflamme gesehen werden. Man armirt ein Gestell mit Plangläsern und bestreut die der Lichtflamme zugekehrten-Seite dieser Gläser mit Licopodiumpulver. Der Untersuchte sieht nun um die Lichtflamme Regenbogen. Man sagt ihm das Glas sei verstaubt und reinigt das Glas vor dem sehenden Auge. Sieht er dann noch Regenbogen so geschah es mit dem angeblich blinden Auge und er ist entlarvt. Dieser Versuch kann auch vor einem Spiegel gemacht werden wobei das Licht hinter dem zu Untersuchenden steht.

Stellt man in ein Stereoscop auf beiden Seiten gleich grosse und gleich geordnete Buchstaben oder Figuren, aber von verschiedener Farbe, so muss binocular die Farbe derselben grau-weisslich erscheinen etc. je nachdem, ob es complementäre Farben sind, oder andere.

A. Schimakowsky: «In Anlass «Skiaskopie».»

Umfangreicher polemischer Artikel gegen Dr. Katz, welcher S's. Arbeit «Ueber Skiaskopie» (in dieser Zeitschrift Juli—Oct.) im «Wratsch» abfällig kritisirt hatte. Wer recht hat bleibt fraglich. G—n.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 1—3. 1896.

J. Rachmaninow. «Das Adenom der embryonalen Schilddrüsenkeime». (Nr. 1.)

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle (bei 2 Geschwistern) mit makro- und mikroskopischem Befund. Die Fälle entsprechen der von Wölfler beschriebenen Form, dem sog. foetalen Adenom. Im ersten Fall, bei dem 10-jährigen Mädchen traten seit dem 5. Lebensjahre grössere und kleiner Geschwülste am Halse auf, die ganz absolut vergrösserten Lymphdrüsen entsprachen. Es stellte sich später heraus, dass die extirpirten Tumoren alle Entwickelungsstadien der accessorischen Schilddrüsen darstellten, angefangen von den formlosen Conglomeraten epithelialer Zellen bis zum reifen Drüsengewebe, das stellenweise einer cystischen Degeneration unterliegt. Gleichzeitig wurden in der Schilddrüse selbst ganz ebensolche Tumoren, wie am Halse, eingesprenkt gefunden.

Th. J. Berjeskin. «Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Castration und Durchschneidung des Samenstranges». (Nr. 1.)

Auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen hält B. die Castration bei Prostatahypertrophie in den Fällen indicirt, wo beständiges Harnträufeln besteht, namentlich noch, wenn der Harn trübe ist und alkalische Reaction zeigt, wo die Patienten fortwährend zum Katheter Zuflucht nehmen müssen. Ist nur ein Lappen hypertrophisch, so kann man eine einseitige Castration ausführen, wonach auch in vielen Fällen Erleichterung geschaffen werden kann.

W. Muratow. «Zur pathologischen Physiologie und Differentialdiagnose der corticalen Epilepsie». (Nr. 1.)

An der Hand einiger Fälle bemüht sich M. die differentielle Diagnose der Jakson'schen Epilepsie zu beleuchten. Nach M. ist die corticale Epilepsie immer bedingt durch einen Heerdprocess in der motorischen Sphäre; die bogenförmigen Fasern dienen zur Erregung; die Degeneration dieser Fasern bewirkt eine beständige Hypertonie der anliegenden Zellen; die Störungen des Muskelsinnes sind durch den Ausfall der bogenförmigen Fasern bedingt. Beschränkte corticale Laesionen mit starker Degeneration der Leitungsbahnen und nicht ausgesprochenen Störungen der Verbindungsbahnen verlaufen mit paralytischen Symptomen ohne Epilepsie.

J. German. «Zur Casuistik der Hemiathetose». (Nr. 1.)

W. Ssamgin. «Zur Casuistik der Herzruptur bei rheumatischer, ulceröser Endocarditis». (Nr. 1.)

19-jähriger Arbeiter wird in's Hospital mit Fieber und Gelenkschmerz aufgenommen, Herztöne rein, Grenzen normal. Am 6. Tage des Hospitalaufenthaltes (18. Tag der Erkrankung) fing Patient über starke Schmerzen in der Herzgegend zu klagen an, es wurde Pericarditis constatirt, nach einigen Tagen liessen auf Digitalis — Salicylbehandlung sowohl die Gelenkschmerzen als auch Schmerzen in der Herzgegend nach. Der Tod trat ganz unerwartet und plötzlich ein beim Versuch des Patienten sich im Bette aufzurichten. Die Section ergab: Haemopericardium, cor villosum, auf der hinteren Wand des linken Ventrikels eine 5 Kopeken grosse mit Blutgerinseln ausgefüllte Wunde, in deren unterem Theil findet sich eine Oeffnung, die die ganze Herzwand durchsetzt und in's Pericardium mündet. Herzklappen normal. S. fand auf der Geschwürsfläche Kokken, die in Reinculturen am meisten Aehnlichkeit mit dem von Passet beschriebenen staphylokokkus cereus albus hatten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine ulceröse Endocarditis handelte, die zunächst sich mit Pericarditis complicirte und später eitrige Myocarditis hervorrief.

W. Ssamgin. «314 mit Serum behandelte Fälle von Diphtherie». (Nr. 1.)

Mittheilung aus dem Moskauer Stadthospital, Zeit der Beobachtung — von 15. Januar 1895 bis zum 15. November 1895 also 10 Monate. Während dieser Periode waren in Behandlung 340 Fälle von bacteriologisch und klinisch constatirter Diphtherie, es starben von ihnen 53, da jedoch 26 Fälle moribund in's Hospital geschaffen worden waren und weniger, als 24 Stunden im Hospitale behandelt worden waren, so schliesst S. dieselben aus; es ergiebt sich dann auf 314 Fälle eine Mortalität von 19,4 pCt. 45 Kranke litten gleichzeitig an Kehlkopfdiphtherie, von denen starben 21 d. h, 37,5 pCt. Diphtherie ohne Croup 258 Fälle, Mortalität 15,5 pCt. Da sowohl Kinder, als auch Erwachsene in Beobachtung waren, so gruppirte S. die Mortalität nach dem Alter: bis zum 5. Lebensjahre waren 134, von denen starben 38 (28,3 pCt.). Von 6—10 Jahre waren 80 Fälle, davon starben 18 d. i. 22,5 pCt. Die 3. Gruppe bilden alle Fälle vom 10. Lebensjahre an; es waren 100, starben 5 also 5 pCt. (von diesen starben übrigens 2 nicht an der Diphtherie, sondern an Nachkrankheiten, 1 Fall an Gesichtsrose und 1 Fall — an croupöser Pneumonie). Um diese erhaltenen Daten zu vergleichen, bringt Verf. die Mortalitätsziffer an Diphtherie für die Jahre 1894 und 1893, wobei die in den ersten 24 Stunden des Hospitalaufenthalts Verstorbenen nicht in Rechnung gezogen werden: Die Mortalität für das Jahr 1893 betrug 33 pCt., für 1894 — 33,5 pCt. — Was die Quantität des verbrauchten Serum's anlangt, so wurden von 500—8000 Immunitätseinheiten injicirt, letztere Dosis wurde nur in einem Falle verbraucht — es handelte sich um eine schwere Diphtherie mit Gangraen der vulva bei einer erwachsenen Person, Heilung am 20. Krankheitstage; die durchschnittliche Dosis betrug für Fälle mittlerer Intensität 2000—3000, für schwere Fälle 3000—5000 J-E. In keinem Falle trat während der Behandlung Croup hinzu, obgleich die Fälle, die stenotische Erscheinungen bereits bei der Aufnahme zeigten, häufig unter der Serumbehandlung sich verschlechterten und sogar lethal endeten. In 11 Fällen beobachtete Verf. trotz der Seruminjection ein Recidiv.

O. Gortynski. «120 mit Serum behandelte Diphtherie-Fälle». (Nr. 1.)

Von 120 Kranken starben 25, Mortalität 20,8 pCt. Für das Alter bis zu 5 Jahren betrug die Mortalität 22,4 pCt., für die übrigen Fälle 19,3 pCt. Gangränöse Diphtherie constatirte G. in 20 Fällen, deren Mortalität = 50 pCt. Im Allgemeinen folgert H. aus seinen Beobachtungen, dass die Serumbehandlung die Mortalität des frühen Kindesalters bedeutend herabgesetzt, die Sterblichkeit an Croup bedeutend vermindert habe, jedoch die Mortalität bei gangränösen Formen nicht verändert habe. In 3 Fällen versuchte G. statt der subcutanen Behandlung — die Injectionen in recto, und zwar mit sehr gutem Resultat, so z. B. beobachtete er bereits einige Stunden nach der rectalen Injection Sinken der Temperatur (von 38,5 auf 36,4) und auffallende Besserung des Allgemeinbefindens.

J. Turtschaninow. «Experimentelle Prüfung der Bier-schen Behandlung der localen Tuberculose mittels Stauungshyperaemie». (Nr. 1.)

Die Experimente wurden an Meerschweinchen, Kanichen und Hunden angestellt; mittels Injection einer Bouillonemulsion reiner Tuberkelbacillenculturen in die Gelenke bewirkte T. zunächst eine specifische Erkrankung des Gelenkes, alsdann brachte er durch den elastischen Schlauch oder durch eine Guttaperchabinde eine Stauungshyperaemie hervor. Zu verschiedenen Zeiten nach solch einer Behandlung (einige Tage -- 6 Wochen) wurden die Thiere getödtet, und die kranken Gelenke einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen. T. constatirte in allen Fällen das bekannte Bild der tuberculösen Gelenkentzündung; einen eclatanten Einfluss der Bier'schen Behandlungsmethode auf den Verlauf der Erkrankung konnte T. nicht constatiren.

A. Pombrak. «Ein Fall von combinirter Erkrankung an Unterleibstyphus und asiatischer Cholera». (Nr. 2.)

P. Radzich. «Ein Fall von acuter Actinomykose der Wange complicirt mit einem metastatischen Abscess der rechten Lunge. Ausgang in Heilung». (Nr. 2.)

39 jähriger Kaufmann, der seit seinen Jugendjahren an Zahncaries leidet und vom 20 Jahre an ein künstliches Gebiss trägt, wendet sich an Verf. mit Klagen über starke Schmerzen in der rechten Brustseite, gleichzeitig bestand eine starke Schwellung der rechten Wange, die der Patient als sein übliches Leiden betrachtete und der er wenig Aufmerksamkeit schenkte. Der Tumor fühlt sich hart an, auf Druck recht schmerzhaft, ragt auf der Innenfläche der Wange wulstartig in die Mundhöhle hinein. In der rechten Brustseite Symptome eines geringen pleuritischen Exsudates. Es entwickelte sich nun ein stark remittirendes Fieber mit nächtlichen Schweissen, während die objectiven Symptome in der Brust dieselben blieben, Husten war nicht vorhanden. Eines Morgens trat plötzlich mit starkem Hustenparoxysmus maulvolle Expectoration eines sehr stinkenden Eiters auf, es wurde eine Tasse voll Eiter entleert. Die Expectoration dauerte einige Wochen fort, und es gelang bei wiederholter mikroskopischer Untersuchung neben Eiterzellen und elastischen Fasern charakteristische Actinomyceskörnchen zu finden. Die Probepunktion des pleuritischen Exsudates ergab einen serofibrinösen Charakter Bacillen wurden im Exsudat nicht gefunden. Der Tumor der Wange wurde auf Sublimatcompressen weicher, er wurde eröffnet von der Innenseite und im Eiter fanden sich dieselben traubenförmigen Actinomyceskörnchen; 6 Wochen nach Beginn des Leidens war Patient völlig wiederhergestellt. R. stellt sich nun das ganze Krankheitsbild so vor, dass zunächst die Actinomycespilze in eine kleine Wunde der Wangenschleimhaut eindrangen, sich dort in der Tiefe einnisteten und einen tiefen phlegmonösen Abscess der Wange hervorriefen, dieser verursachte dann auf embolischem Wege einen metastatischen Abscess der rechten Lunge.

A. Wwedenski. «Ueber Mal perforant du pied». (Nr. 2.)

An der Hand eines Falles beschreibt Verf. ausführlich die Pathologie und Pathogenese dieser Krankheit.

S. Korotkij und P. Ussow. «Ueber die antirheumatische Wirkung des Malakins». (Nr. 2.)

Das Malakin stellt bekanntlich ein Phenacetinderivat vor, in dem die Essigsäure durch Salicylaldehyd ersetzt ist. Die Verf. haben das Mittel in der Klinik des Professors Tscherinow mit guten Resultaten angewandt: sowohl bei acutem, als auch bei subacutem Gelenkrheumatismus erzielten sie mit dem Malakin rasches Verschwinden der Schmerzen und des Fiebers; vor dem Natron salicylicum hat das Mittel den Vorzug, insofern es kein Ohrensausen und keine Betäubung bewirkt, Schweisse und dyspeptische Störungen werden nicht beobachtet.

Pro die verordneten sie 3,0—5,0.

A. Ljanz. «Zur Behandlung des ulcus molle». (Nr. 2.)

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass der weiche Schanker sehr rasch geheilt werden kann durch Jodkalium. Die Heilung der Geschwüre geht unter dieser Therapie sehr rasch von Statten selbst in Fällen, wo local nur indifferente Mittel, wie Borsäurelösung oder Burow'sche Flüssigkeit, angewandt werden; dabei hat L. nur diejenigen Fälle im Auge, die während des ganzen Krankheitsverlaufes die charakteristischen Zeichen des ulcus molle dargeboten haben; in Fällen, wo, weder durch Jodoformbestäubung, noch durch Cauterisation mit acidum carbolicum liquefactum Heilung der weichen Geschwüre erzielt werden konnte, trat nach Jodkaligebrauch rascher Effect ein.

Fedulow. «Laparotomie bei Einklemmung des Dünndarms einer Schwangeren». (Nr. 3.)

W. Tipjakow. «Ein Fall von intrauteriner Hydrocephalie». (Nr. 3.)

J. Tscheschichin. «Ein Fall von acuter Nephritis mit Gangraen der unteren Extremitäten». (Nr. 3.)

Die Gangraen entstand in Folge von Thrombose der a. femoralis.

Abelmann.

Shurnal russkago obschestwa ochranenija narodnago sdrawija (Nr. 7—9 incl.) 1895.

E. Dementjew. «Zur Regelung des Arbeitstages in den Fabriken.» (№ 7.)

Verf. schlägt der Commission zur Regelung des Arbeitstages verschiedene Massregeln vor.

P. Mishujew: «Ueber den Einfluss der Verkürzung des Arbeitstages auf die Productivität der Arbeit.» (№ 7.)

Auf die Angaben der ausländischen Literatur sich stützend, meint Verf., dass die Verkürzung des Arbeitstages bis auf den 8-stündigen Normalarbeitstag nicht nur für die physische Gesundheit der Arbeiter die besten Resultate geben wird, sondern, dass auch die Fabrikanten dabei keinen Verlust zu erleiden haben werden

A. Verenius. «Die für das geistige Leben des Fabrikarbeiters erforderliche Zeit. (№ 7.)

Es ist die Pflicht des Arbeitsgebers auch das geistige und moralische Leben des Arbeiters nach den Grundsätzen der Hygiene einzurichten. Die für die Arbeit, Schlaf und Ruhe bestimmte Zeit muss so geregelt werden, dass auch für das geistige Leben 1—2 in 24 Stunden übrig bleiben. Es ist weiter wünschenswerth, dass der Arbeiter die Feiertage seinen geistigen und moralischen Bedürfnissen widme und einige Stunden an denselben der Sorge für seinen Körper durch passende Uebungen und Spiele abgebe.

A. Virenius. «Ueber die Schädlichkeit der Nachtarbeit» (№ 7.)

Der Ersatz der Nachtruhe durch Ruhe am Tage ist nicht ohne schädlichen Einfluss auf die Gesundheit des Arbeiters im Allgemeinen zulässig. Die Arbeitszeit in der Nacht darf nicht mehr, als von 5–6 stündiger Dauer sein. Die Nachtarbeiter sollen anstatt einen 2 Ruhetage in der Woche haben. Verheirathete, schwache und kränkliche Personen, sowie Personen von unter 25-jährigem Alter sollen zur Nachtarbeit nicht zugelassen werden.

A. Eckert: «Zur Frage über die Arbeit der Weiber jeden Alters an den Fabriken.» (№ 7.)

1) Die an den Fabriken arbeitenden Weiber jeden Alters sollen, da sie von schwächerem Körperbau und mehr von der Hausarbeit und Sorgen belastet sind, auch mehr freie Zeit haben, als die Männer. 2) Ein erwachsenes Weib soll nicht mehr, als 8—9 Stunden am Tage arbeiten; die Arbeit darf nicht vor 6 Uhr Morgens beginnen und nicht später, als bis 6 Uhr Abends dauern, am Sonnabend nur bis 2 Uhr Mittags. 3) Die Nachtarbeit, welche auf die Gesundheit des Weibes und auf die ganze moralische Ordnung der Familie verderblich wirkt, soll denselben weder in den Fabriken, noch in den Werkstätten erlaubt werden.

W. Toporow. «Das Wasserleitungswasser der Stadt Cherson». (№ 7.)

N. Archangelsky: «Ein Zimmerofen mit vervollkommneten Heizraum und äusseren Kammern.» (№ 7.)

G. Karpow. «Ueber die transportable Baracke des Döcker-schen System der Fabrik Christoff und Uhnmack.» (№ 7.)

Diese Baracke kann leicht und rasch auch von unerfahrenen Arbeiten construirt werden. Sie kann ausser durch die Eisenbahn auch auf Fuhren leicht transportirt werden, ist gegen Wind beständig, kann im Winter geheizt, gründlich desinficirt und ventilirt werden.

M. Rubel: «Ueber den Kampf mit der Cholera im Peterhofschen Kreise im Jahre 1894.» (№ 7.)

Es kamen 73 Erkrankungen zur Beobachtung, von denen 41 (56%) letal endigten. Die Epidemie dauerte von Ende Juni bis Anfang September.

D. Nikolsky: «Zur Frage über den Einfluss der Fabrikarbeit auf die physische Entwickelung, Morbidität und Mortalität der Arbeiter» (№ 8.)

Die Beschäftigung an den Fabriken beeinträchtigt, als einseitige Arbeit die physische Entwickelung des Arbeiters. Der schwache Körperbau der Fabrikbevölkerung im Vergleich zu den Landarbeiten erweist sich am besten an den Wehrpflich-

tigen. Besonders schlecht entwickelt sind die Bearbeiter der Faserstoffe, die in äusserst verdorbener Luft zu arbeiten haben; nach kurzer Zeit wird der Organismus derselben geschwächt, sie werden schnell alt und arbeitsunfähig. Die Gesundheit der Fabrikarbeiter, besonders der Weiber und Kinder, verschlimmert sich rasch beim Eintreten in die Fabriken. Die Kränklichkeit unter ihnen ist eine grössere als unter den Landarbeitern; einige Krankheiten kommen bei den Fabrikarbeitern besonders oft vor, so Krankheiten der Respirationsorgane, des Nervensystems, Traumen. Vom Lande kommt in die Fabriken meist der gesunde, kräftige Theil der Bevölkerung, was durch die Beobachtung und Angaben der Aerzte bestätigt wird.

E. Kwatz: «Die Ursachen der Sterblichkeit der Brustkinder der Findelhäuser und ihrer Kreise.» (№ 8.)

Die Mortalität der Findelkinder ist eine ungeheuere: nur 5% derselben erreichen das 21. Lebensjahr. Der weit grösste Theil dieser Sterblichkeit kommt nicht den Findelhäusern selbst, sondern ihren Kreisen zu. Es müssen nach Verf. zum Schutz der Brustkinder Comités gegründet werden. Die Regierung sowohl, wie die Gesellschaft müssen allen armen Müttern zu Hülfe kommen, um ihnen, ohne erschwerende Formalitäten und unabhängig davon, ob die Kinder ehelich oder unehelich geboren sind, die Möglichkeit zu geben, ihre Kinder bei sich zu behalten und durch eigene Brust zu nähren. Verlassene und Findelkinder sollen Ammen oder anderen Privatpersonen zur Erziehung abgegeben werden. Alle Mütter, die Hülfe bekommen, alle Personen und Stiftungen, denen die Erziehung der Kinder anvertraut worden ist, sollen unter organisirter, ärztlicher Aufsicht stehen. Die Comités sollen im Volke Kenntnisse über die Verhütung der Infectionskrankheiten der Gebärenden und Neugeborenen, über Pflege der Kinder und ihre Ernährung verbreiten, für die Vorbereitung von Aufseherinnen, Feldscherinnen und Impferinnen an den Findelhäusern sorgen. Syphilitische Kinder sollen nur in Krankenhäusern untergebracht werden. Beim Uebergeben eines Kindes einer Amme, die vordem wenn auch nur ein einzelnes Kind genährt hat, soll von derselben ein Zeugniss verlangt werden, dass das Kind an keiner Infectionskrankheit litt. Für gesunde Kinder, die schon wenigstens 2 Zähne bekommen haben, müssen Stiftungen zur weiteren, künstlichen Ernährung derselben gegründet werden, für mehr erwachsene Kinder-Colonien. Vor dem dritten Monate sollen die Kinder nicht geimpft werden; die Kinderlymphe muss gänzlich verboten werden. Vielleicht sollten auch die Geistlichen darum gebeten werden, dass sie das Bringen der Kinder in die Kirchen vor dem dritten Monate untersagen. Die Stadt- und Landverwaltungen müssen an den Commissionen zur Kinderversorgung theilnehmen, da die Lösung dieser Fragen mit dem Wohl der ganzen Bevölkerung zusammenhängt. Es müssen endlich Prämien für die besseren Schriften über die Kinderversorgung bestimmt werden.

N. Klenzow: «Ueber Solanin und die Methoden seiner Bestimmung in der Kartoffel.» (№ 8.)

Bekanntlich hängt die Bildung des Solanins in der Kartoffel von ähnlichen Bedingungen ab, wie die Bildung des Mutterkorns im Roggen. Die Analysen des Verf. haben folgende Resultate ergeben: Das reine, krystallinische Solanin ist hauptsächlich in den Sprossen der Kartoffel enthalten, in geringerer Quantität in der Schale, in minimaler aber in den Knäulen, unabhängig von der Zeit und den Bedingungen des Durchwachsens der Kartoffel. Die durchwachsene, aber sorgfältig gereinigte, Kartoffel kann beim mässigen und nicht ausschliesslichen Gebrauch derselben keine schädliche Wirkung im Sinne einer Solaninvergiftung haben. Die Erkrankungs- und Todesfälle der mit durchwachsener Kartoffel gefütterten Thiere rühren daher, dass ihnen gänzlich verdorbene Kartoffel, oder zusammen mit den Sprossen, die grosse Mengen Solanin enthalten, gereicht wurden.

A. Neslobinsky: «Die Kaukasischen Mineralwässer, Gruppe Kisslowodsk und Essentucki.» (№ 9.)

W. Abel: «Ueber die Wirkung des Badens in freier Bucht auf die Temperatur, Puls und Athmung». (№ 9.)

Die Kujalnitz'sche oder Andreew'sche Bucht des Schwarzen Meeres, deren Wirkung Verfasser untersuchte, ist 28 Werst lang und 2 Werst breit. Am Grunde und den Ufern derselben befindet sich ein grosses Schlammlager. Das Wasser der Bucht von salzig-bitterem Geschmack, specifischem Meeresgeruch und gelblicher Farbe; gewöhnlich ist es rein und durchsichtig, bei starkem Meereswogen aber trübe. Die Concentration des Wassers ist sehr unbeständig. Die Heilwirkung des Schlammes ist bei den Badenden in so grossem Rufe, dass die meisten derselben, zuweilen sogar trotz ärztlichem Verbote, ihre kranken Körpertheile vor dem Baden einreiben und sich solange an der Sonne wärmen, bis der Schlamm am Körper eintrocknet, was immer etwa 15 Minuten dauert. Diese ganze Procedur nennt Verf. der Kürze wegen «Luftwanne.» Er untersuchte die Wirkung sowohl dieser, wie des Badens selbst und fand nach dem Baden bei einer Temperatur des Wassers von 17—25° R. eine Vermehrung der Zahl der Athemzüge und Pulsschläge und eine Erniedrigung der peripherischen und inneren Körpertemperatur. Die «Luftwannen» erhöhen nur die Körpertemperatur und haben keinen Einfluss auf Puls und Athmung.

A. Sacher.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 47 – 50.

J. Rybalkin: «Ein Fall von Akromegalie». (Nr. 47.)

Typische Akromegalie bei einer 35-jährigen Bäuerin. R. macht besonders auf die von vielen Autoren beobachteten Veränderungen der Hypophysis aufmerksam, die in Causalnexus mit der Akromegalie gebracht werden.

E. Botkin. Ueber van Nissen's «generatio metamorphotica quasi spontanea». (Nr. 48 und 49.)

Im 141. Bande des Virchow'schen Archivs hatte van Nissen eine Mittheilung über regenerative Thätigkeit menschlicher Blutzellen veröffentlicht, die er direct unter dem Mikroskop verfolgen konnte. B. wendet sich nun gegen die Schlüsse, die van Nissen aus seinen Untersuchungen gezogen hat. Er wiederholte letztere im Laboratorium von H. Munk (Berlin) und konnte einen allmählichen Untergang der Leukocyten constatiren, von denen 77 pCt. nach 18 Tagen aufgelöst waren. Ebensowenig war eine Zunahme der Erythrocyten zu bemerken, dieselben nahmen dagegen im Durchmesser ab und wurden rund, schrumpften später und schmolzen sichtlich zusammen. Die der Nissen'schen Arbeit beigelegten Zeichnungen bestätigen die Richtigkeit der Botkin'schen Untersuchungen.

N. Shukow. «Zur Wirkung der Unterbrechung in der Blutcirculation auf die Erregbarkeit der Hirnrinde». (Nr. 48 und 49.)

Dem Versuchsthier (Hund) wurde in Morphiumnarkose die motorische Rindenzone eröffnet, der bulbus Aortae freigelegt, darauf die Erregbarkeit der motorischen Rindencentren elektrisch geprüft und während dieser Prüfung die Aorta mit der Scheere durchschnitten. Sofort hörte die Reaction auf den elektrischen Reiz auf, selbst bei maximaler Stromstärke, und der Exitus trat ohne jegliche Krampferscheinungen ein. Der ganze Körper zeigte eine schlaffe Lähmung. Der Stillstand der Blutcirculation hebt also momentan die Thätigkeit der motorischen Rindencentren auf, was unmöglich auf veränderte Ernährungsverhältnisse der Nervenelemente zurückgeführt werden kann, sondern auf uns noch unbekannte Bedingungen, die vom circulirenden Blut abhängen.

K. Georgiewsky. «Ein Fall von ulcus pepticum duodeni.» (Nr. 50.)

Bei seiner Aufnahme auf die L. Popow'sche Klinik klagte der 35-jährige Patient über heftige Schmerzen in der Magengegend, Uebelkeit und Erbrechen, welche Symptome ein Jahr vordem begonnen hatten. Der Leib war eingezogen, äusserst schmerzhaft, besonders in der Magengrube. Nach einigen Tagen relativen Wohlbefindens traten plötzlich eines Abends Uebelkeit, Erbrechen sauren Mageninhalts, heftigste Leibschmerzen auf. Im Erbrechen war der Salzsäuregehalt vermehrt. Am nächsten Tage entwickelten sich die Erscheinungen einer Perforationsperitonitis, der Patient bald erlag. Zwei Tage vor dem Tode konnte im Urin Zucker nachgewiesen werden (1,2 pCt.). Die Section ergab perforirtes Duodenalgeschwür nicht weit vom Pylorus, in unmittelbarer Nachbarschaft des Pankreaskopfes, der theilweise von Narbengewebe umgeben war. Ob letztere Veränderung auf das Erscheinen von Zucker im Urin eingewirkt hat, bleibt natürlich hypothetisch.

Weyert.

Дозв. ценз. Спб. 9 Марта 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 50–52.

M. Wirbitzky: «Zur Casuistik der Aneurysmen der Aorta thoracica.» (Nr. 50–52).

Mittheilung 2 Fälle aus der L. Popow'schen Klinik.

Im ersten Fall wurden neben pulsirendem Tumor links vom Sternum, Pulsation des linken Hypochondrium, des linken Schulterblatts und der Intercostalräume zwischen linkem Schulterblatt und Wirbelsäule zwei von dumpfen Tönen begleitete Geräusche über Aorta, Pulmonalis und Tumor constatirt. Dabei konnte häufig ein bis auf 8 Schritt Entfernung vernehmbares metallisches, dem Puls synchrones Plätschern in der Magengegend gehört werden, das vom Füllungsgrad des Magens abhing und durch Contact mit dem nach unten verschobenen Herzen hervorgerufen wurde. Allmählich entwickelte sich Gangrän des linken unteren Lungenlappens. Hier wurden kleinblasige Rasselgeräusche ebenfalls synchron der Herzsystole hörbar, die wohl dem Oeffnen und Schliessen der in die Höhle einmündenden Bronchien durch das pulsirende Aneurysma ihre Entstehung verdankten. Patient starb an Lungengangrän.—Der andere Kranke kam in stark reducirtem Zustande zur Aufnahme. Ausser den Zeichen eines Aortenaneurysma fand man vollkommenes Fehlen des Pulses in der linken Radialis und Brachialis und linksseitige Lungengangrän. Die Section ergab Aneurysma des Aortenbogens, Obliteration der linken Subclavia und Gangrän beider linken Lungenlappen. Letztere glaubt W. einerseits auf Druck von Seiten des Aneurysmensackes, anderseits auf Infarktbildung in der Lunge zurückführen zu müssen.

B. Wojnow: «Ueber die patologisch-anatomischen Veränderungen der Hoden bei Scharlach, Diphtherie, Flecktyphus und croupöser Pneumonie.» (Nr. 51).

Macroscopisch erscheinen die Hoden ödematös, zerreisslich, hyperämisch. Unter dem Mikroskop fand W. die Fasern des interstitiellen Bindegewebes durch seröses Exsudat auseinandergedrängt, die Blutgefässe waren erweitert, mit Blutkörperchen gefüllt. Die Zellen der Samenkanälchen fettig und albuminös degenerirt, in einzelnen Kerntheilung sichtbar. Die Zahl der Samenkörperchen war verringert.

R. Wreden: «Die ersten Versuche mit Serotherapie der Lues in Kiew.» (Nr. 52).

Autor hat 5 jungen Soldaten, die tertiäre Erscheinungen boten (exulcerirte Gummata, Periostitis) subcutane Injectionen (à 10 ccm.) von mercurialisirtem Serum gemacht. Dasselbe wirkte schon nach der ersten Injection günstig, brachte die Ulcerationen bald zum Vernarben und verminderte besonders die Schmerzen. Die Gewinnung des aus dem «Institut für Experimental-Medicin» erhaltenen Serum ist nicht angegeben. Weyert.

Wratsch. 1–8 incl.

A. Tschemolosow: «Formaldehyd od. Formalin, als Conservirungsmittel zur Herstellung makroscopischer Gelatinpräparate des Auges mit Beibehaltung der Durchsichtigkeit der brechenden Medien». (Nr. 1).

Vorläufige Mittheilung.

Die Vorzüge beim Gebrauch des Formalins sind: 1) die Durchsichtigkeit der brechenden Medien wird beibehalten; 2) die übrigen Theile des Augapfels behalten die ihnen am Leben zukommende Farbe; 3) die Augenhäute werden elastisch; 4) es tritt keine Schrumpfung des Präparates und keine Netzhautablösung ein. Die brechenden Medien des Auges bleiben nur dann durchsichtig, wenn das Präparat frisch ist. Die Technik der Herstellung der Präparate ist einfach: man nimmt 1 Th. der besten Sorte weisser Gelatine auf 16 Th. 50% wässeriger Glycerinlösung und stellt die Gelatine mit dem Unterschiede von der für bacteriologische Zwecke dar, dass: 1) kein Fleischsaft zugesetzt wird; 2) dass sie nur 1 Mal sterilisirt wird (1/4 Stunde bei 100° C. im Koch'schen Dampfsterilisator); 3) wird die Reaction sauer gelassen; 4) wird Thymol (1 Gramm auf 1 Liter Mischung) zugesetzt. Das frisch enucleirte und gereinigte Auge bleibt einige Tage in einer 2% Formalinlösung liegen. Aus derselben kommt es ebenso, wie nach der Methode von Priestley-Smith, in eine Mischung von Eis und Salz, wo es bald (nach 1/2 Stunde) gefriert und darauf in der gewünschten Ebene zerschnitten werden kann. Die beiden Hälften werden dann auf einander folgend zuerst in 5% wässerige Chloralhydratlösung, darauf in 25% und 50% wässerige Glycerinlösung, in jede auf 24 Stunden, gelegt. Aus der letzten kommt das Präparat in eine Glasschale mit verflüssigter Gelatine, die man dann erkalten lässt. Die Schale kann mit einem Glasdeckel überdeckt werden, od. es wird nach Blessig die Oberfläche der Gelatine mit einer dünnen Schicht Damarlackes übergossen, die bald eintrocknet, hart wird, aber durchsichtig bleibt und die Gelatine nicht verdirbt. Im letzten Fall ist kein Deckel nöthig. Nach der beschriebenen Methode haben Verf. und Dr. Blessig viele Präparate in der hiesigen Augenanstalt angefertigt.

Stud. I. Ewenchow: «Ueber den Einfluss des Strychnins auf den Chloroformcollaps.» (Nr. 1).

Kurze Mittheilung.

E. experimentirte ausschliesslich an Hunden und fand, dass das Strychnin unzweifelhaft den Eintritt des Herzstillstandes beim Chloroformiren verzögert, indem es den Blutdruck durch Reizung des vasomotorischen Centrums erhöht.

E. Schatzky: «Ueber Saponinemulsionen.» (Nr. 1 u. 2).

A. Iljinsky: «Zur Behandlung der Urethritiden mit Ichthyol und Quecksilbersalbe». (Nr. Nr. 1, 2 u. 6).

Die antiseptischen Eigenschaften des Ichthyols sind seit längerer Zeit bekannt; die neuesten Untersuchungen haben ergeben, dass es auch anaesthesirend wirkt. Die meisten bei der Behandlung der Urethritiden gebräuchlichen Lösungen von zincum sulfuricum, und sulfocarbolicum, plumbum aceticum, cuprum sulfuricum, kali hypermanganicum, resorcinum u. s. w. befördern nur den Uebergang der acuten Urethritis in den chronischen Zustand, in die sog. Urethritis posterior, zu der sich am häufigsten noch eine Prostata- und Blasenentzündung hinzugesellen. Besonders gilt dies Alles für die Höllensteinlösungen. Die schwachen Lösungen dieser Adstringentia sind nämlich nicht im Stande die Gonokokken abzutödten, die starken reizen sehr die Harnröhrenschleimhaut, bewirken unerträgliche Schmerzen, besonders beim Uriniren. Frei von all' diesen schlechten Eigenschaften sei nach Verf. das Ichthyol, mit dem er 14 acute und 58 chronische Urethritiden behandelte. Unter den ersteren waren 6 Fälle echter Gonorrhoe, in den 8 übrigen liessen sich keine Gonokokken nachweisen. Alle acuten Fälle kamen direct in die Behandlung des Verf. Die Patienten injicirten 2 Mal täglich eine 2—3% Ichthyollösung, die sie 1—3 Minuten lang in der Urethra verbleiben liessen. In den Fällen echter Gonorrhoe war eine 3% Lösung ungenügend und musste eine 4—5% od. sogar 6% Lösung gebraucht werden. Die Pat. vertrugen die Injectionen sehr gut: 2% Lösungen wurden von ihnen überhaupt nicht empfunden; die concentrirteren Lösungen riefen leichteres od. stärkeres Jucken in der Urethra hervor, das 10—40 Minuten lang anhielt. Auf das Tragen von Suspensorien wurde sehr geachtet, Spirituosen und Coitus strengstens verboten. Bei dieser Behandlung erholten sich die Pat. in 4—6 Wochen. Der Ausfluss wurde dabei immer heller und endlich fast wässerig. Die Fälle echter Gonorrhoe forderten eine länger (8 – 10 Wochen) dauernde Behandlung; die Heilung war aber eine definitive, sodass zuletzt sich keine Gonokokken mehr fanden. In 2 Fällen war die Urethritis mit entzündlicher Schwellung und Empfindlichkeit der Prostata und Leistendrüsen complicirt. In diesen kam Verf. mit Ichthyol allein nicht aus und die Pat. bekamen ausserdem täglich noch Suppositorien aus 10 Gran reiner grauer Quecksilbersalbe und 10 Gran derselben Salbe zum Einreiben in die Leistengegend. Die Fälle chronischer Urethritis kamen in die Behandlung des Verf. erst, nachdem sie

lange Zeit (3 Monate bis 5 Jahre) mit verschiedenen Injectionen, Balsamicis etc. behandelt wurden.

Er behandelte sie folgendermaassen:

1) Die Adstringentia und Balsamica wurden bei Seite gelassen.

2) Die ersten 5—6 Tage injicirten die Pat., der Reinlichkeit wegen und um die Urethralschleimhaut zu beruhigen, nur eine Lanolinemulsion (2 Drachmen reinsten Liebreich'schen Lanolins auf 6 Unzen aq. dest.). Der Ausfluss und der schneidende Schmerz beim Uriniren nahmen dabei ab.

3) Darauf bekamen die Pat. täglich eine Injection einer 2% Ichthyollösung und jeden Uebertag eine Auswaschung der Harnblase mit 2% Borsäurelösung.

4 u. 5) Auf ein richtiges hygienisches und diätetisches Verhalten wurde streng geachtet; anämische bekamen Eisenpräparate.

6) Mit der Concentration der Ichthyollösungen wurde allmählig gestiegen bis zur 6% Lösung; sie wurden ebenso gut vertragen, wie bei der acuten Urethritis.

7) In den Fällen, wo Granulationen und Ulcerationen der Urethralschleimhaut die Heilung verzögerten, wurde ausser den Injectionen noch Quecksilbersalbe von folgender Zusammensetzung angewandt: Ung. Hydrargyri ciner. ½ Unze, Lanolini purissimi Liebreich., Ung. Paraffini āā 2 Drachmen. Diese Salbe wurde auf elastische Bougies №№ 10—15 gestrichen, jeden Uebertag in die Urethra eingeführt und 30—40 Minuten darin gelassen. Die entzündungwidrige und bacterientödtende Wirkung dieser Salbe äusserte sich deutlich schon nach 10—15 Einführungen: der eitrige Ausfluss und die Entzündungserscheinungen nahmen rasch ab. Bestanden Verengerungen der Urethra, so wurden die zur Erweiterung derselben gebräuchlichen Metallbougies mit derselben Salbe versehen.

8) Bei entzündlich vergrösserter Prostata brachten Ichthyolsuppositorien (Amon. sulfoichthyolic. Gran 36, Butyr. Cacao et Lanolini purissim. Liebreich āā g. s. utf. Supposit. № 8) nur langsamer Suppositorien aus gewöhnlicher grauer Quecksilbersalbe und der gleichzeitige Gebrauch von Jodkalium dagegen eine rasche Abnahme der Entzündung und Schwellung zu Stande.

9) Bei Komplication der chronischen Urethritis mit starken Schmerzen beim Uriniren und Blutungen beim Einführen der Bougies waren Ichthyolbacillen von grossem Nutzen.

10) Bei bestehendem Blasenkatarrh täglich od. jeden Uebertag Auswaschungen der Blase mit 2% Borsäurelösung, innerlich Vichy od. Contrexeville.

11) Stenosen der Urethra wurden allmählig mit Metallbougies (von № 5 bis № 30 nach Charrière) erweitert, die ebenfalls mit der vorerwähnten Salbe versehen wurden. War № 5 zu dick, so wurden zuerst dünnere elastische Bougies angewandt.

12) Die chronischen Urethritiden erfordern zu ihrer Heilung viel mehr Zeit, als die acuten.

I. Achun: «Beiträge zur Kenntniss der Frage über die Augenkrankheiten in Russland» (Nr. Nr. 1 u. 2).

Statistisches Material.

I. Strscheminsky: «Formalin in der Therapie der Augenkrankheiten» (Nr. 2).

Das Formalin wurde vom Verf. in 0,1% Lösung angewandt da schwächere wirkungslos blieben. Von sehr guter Wirkung zeigte es sich, zusammen mit Atropin, bei Ulcus serpens corneae; in 5 Fällen dieser Hornhautaffection, die allen anderen Mitteln trotzten, führte das Formalin rasch zur Heilung. Bei allen anderen Ulcerationen der Hornhaut (mit od. ohne Hypopion) wirkte es zwar auch sehr gut, aber nicht besser, als die anderen gebräuchlichen Desinficientia. Bei Krankheiten der Bindehaut wirkte es schwach, od. blieb ganz ohne Wirkung. Zum Auswaschen des Thränencanals verdient das Formalin vor Sublimat vorgezogen zu werden, da es die metallischen Theile der Anel'schen Spritze nicht angreift.

Prof. N. Cholodkowsky: «Neue parasitäre Erkrankungen der Haut». (Nr. 3).

In NNr. 48 u. 52 des «Wratsch» für 1895 erschien eine interessante Mittheilung von Samson u. Sokolow über eine neue Hautkrankheit, die durch ein «Würmchen» verursacht werden sollte. Verf. untersuchte in Gemeinschaft mit dem berühmten Dermatologen J. Postschinsky die ihm zugeschickten Praeparate dieser «Würmchens», wobei sich ergeben hat, dass dies «Würmchen» eine Larve einer Gastrophilusart sei und zwar G. haemorrhoidalis L. od. G. pecorum Fb. Durch Verunreinigung der Hände beim Kratzen der durch diese Larve gereizten Haut, können sie in den Mund gelangen und verschluckt werden.

Prof. M. Kurlow: «Die Parasiten des Keuchhustens.» (Vorläufige Mittheilung (Nr. 3),

Schon vor 10 Jahren hat Deichler im Sputum der an Keuchhusten Leidenden besondere Protozoa gefunden, die er als Krankheitserreger betrachtete. Seine Mittheilungen darüber blieben aber bis jetzt unbeachtet. Verf. untersuchte den Auswurf Keuchhustender und fasst die Ergebnisse seiner Beobachtungen folgendermassen zusammen. Die Infection hängt von einem Amöben ab, das durch feinkörniges Protoplasma und ausgiebige amöbenartige Bewegungsfähigkeit sich auszeichnet. Diese Amöben erreichen durch Wachsthum beträchtliche Dimensionen, wobei in ihrem Körper grosse, glänzende, allmählig sich vergrössernde Körner von concentrischer Schichtung auftreten — das sind die Sporen. Durch Zerreissen des Mutterleibes gelangen diese Sporen nach aussen; endlich treten aus diesen Sporen junge Abarten derselben hervor, die ebenfalls eine grosse Bewegungsfähigkeit durch Ausläufer Besitzen. Der Cyclus der Entwickelung dieser herrschenden Parasitenform scheint durch diese letzte Form sein Ende zu erreichen, obwohl in frischen Keuchhustenfällen im Sputum noch andere mittelst Cilien sich bewegende amöbenartige Zellen vorkommen. In welchem Verhältniss diese letzten zu der ersten Parasitenform stehen, ist dem Verf. noch nicht gelungen nachzuweisen.

S. Orlowsky: «Zur Lehre von der Syphilis des Rückenmarks. (Vorläufige Mittheilung).» (Nr. 3, 4, u. 5).

Uebersicht der in der Moskauischen Universitätsklinik für Nervenkrankheiten während der letzten 25 Jahre vorgekommenen und der von Verf. selbst beobachteten Fälle von Rückenmarksyphilis.

J. Malis: «Gründung des Lehrstuhles der Hospitalchirurgie an der St. Petersburger Medico-chirurgischen Akademie.» (Nr. 3).

Mit dem Abgange von Prof. Busch wurde im Jahre 1838 an der Akademie der Lehrstuhl für theoretische Chirurgie frei. An seine Stelle wurde aus Dorpat Prof. Pirogoff berufen. Derselbe hielt die Thätigkeit eines Chirurgen ohne Klinik für ein non sens und hat die Gründung eines Lehrstuhles der Hospitalchirurgie vorgeschlagen, um die Möglichkeit zu haben den theoretischen Vortrag mit der praktischen Thätigkeit verbinden zu können. Dieser Vorschlag wurde vom damaligen Curator der Akademie Grafen Peter Kleinmichel angenommen und Dank der Energie desselben wurde im Jahre 1841 der betreffende Lehrstuhl gegründet und von Prof. Pirogoff betreten.

N. Gamaleja: «Beiträge zur vergleichenden Toxicologie des Coffeins». (Nr.Nr. 4 u. 5).

In 0,4% Lösung zur Nährbouillon zugesetzt hat das Coffein auf das Aussehen des Choleravibrio einen grossen Einfluss. Es erscheinen nämlich in seinen Culturen gigantische Spirillen, die ein sehr verschiedenes Aussehen haben. Auch alle andere von G. untersuchte Bacterien wie Milzbrandbacillen, Strahlenpilz und Hefezellen zeigten unter der Einwirkung des Coffeins einen ausgesprochenen Heteromorphismus, was Lithion zu bewirken nicht im Stande war. Es ist also das Coffein ein allgemeineres morphogenetisches Reagenz, als das Lithion. Es ist deshalb das Studium des Mechanismus seiner Wirkung höchst interessant und in der That ergab dasselbe sehr lehrreiche Resultate. Es stellte sich nämlich heraus, dass die Wirkung des Coffeins auf eine Chromatolyse, eine Lösung des Chromatins der Bacterien beruht. Das Chromatin spielt aber, nach den neuesten Untersuchungen bei der Entstehung neuer Formen die Hauptrolle. Diese Thatsache macht uns den Zusammenhang zwischen der Chromatolyse und der Entstehung neuer Formen, die unter Einwirkung des Coffeins beobachtet wird, leicht verständlich.

A. Kondratjew: «Ueber die Schutzkraft des animalischen Organismus gegen Infection mit Bacterien». (Nr.Nr. 4, 5, 6, u. 7).

Die Grenzen eines Referates erlauben es nicht auf diese interessante Arbeit näher einzugehen. Die Resultate derselben sind unsern Lesern schon aus dem Referat der vorläufigen Mittheilung. (Beilage zu dieser Wochenschrift, pag. 31, 1895). bekannt.

M. Lapinsky: «Zur Frage über den Zustand der Capillaren der Hirnrinde bei Arteriosclerose der grossen Gefässe.» (Nr. 4).

Verf. untersuchte 15 Gehirne, die eine ausgesprochene Arteriosclerose der grossen Gefässe an der Basis des Gehirns zeigten. Berücksichtigt wurde der Zustand der Wandung und des Lumens der Capillaren, die einen Durchmesser von 1,5—10 u. hatten. Nur in einem Falle waren die Capillaren vollständig normal. In 6 Fällen bestanden trübe Schwellung körnige Degeneration der Capillarwand ohne Dickenzunahme

derselben und ohne Verengerung des Lumens. In den übrigen Fällen aber konnte man eine Degeneration der Capillarwände, die zugleich verdickt und brüchig waren, und ein stark verengtes Lumen, bis zum völligen Schwund desselben, constatiren.

A. Högerstaedt: «Ein Fall von Atropinvergiftung». (Nr. 4).

Es handelt sich um einen 25-jährigen jungen Mann, dem man aus Versehen anstatt Morphium zwei Pravaz'sche Spritzen voll einer 1/2% Atropinlösung subcutan injicirte, also doppelt so viel, als die absolute dosis letalis. 1/4 Stunde nach dem Unglück kam Verf. hinzu, und fand das ausgesprochene Bild einer acuten Atropinvergiftung. Er injicirte dem Pat. 2 Spritzen einer 2% Pilocarpinlösung, eine 1/2 Stunde darauf eine dritte Spritze, im ganzen also 0,06 d. h. eine dreifache dosis maxima. Die Vergiftungserscheinungen gingen allmählig zurück und nach einigen Tage war Pat. vollkommen gesund.

K. Serapin: «Zur Frage über die Behandlung der verschiedenen Strumaarten durch Schilddrüsenpraeparate». (Vorläufige Mittheilung) (Nr. 5).

Unter Leitung von Prof. Weljaminow wurden vom Verf. 12 Strumafälle mit «Thyreoidin» behandelt und klinisch genau beobachtet. In 7 Fällen einer seit langer Zeit bestehenden einfachen Hyperplasie der Drüsensubstanz der Thyreoidea wurde eine beträchtliche Verkleinerung derselben und merkliche Besserung des Allgemeinbefindens durch das «Thyreoidin» erzielt. Je jünger der Pat., desto besser und näher zur vollständigen Heilung waren die Resultate. In 2 frischen Fällen (1/2—1 Jahr) von kleinen Strumen bei jugendlichen Individuen ging die Hyperplasie gänzlich zurück. In einem Falle bestand starke beiderseitige Hyperplasie und ausserdem ausgesprochene Entartung der rechten Hälfte; der nur hyperplasirte Theil verkleinerte sich rasch bis zur Norm, die rechte Hälfte aber blieb unverändert. In 2 Fällen von Struma vasculosa mit Symptomen von Morbus Gravesii — in einem Falle Rückgang zur Norm, im zweiten merkliche Verkleinerung.

A. Högerstaedt u. M. Nemser: «Ueber die erworbenen Verengerungen und Verschlüsse der grossen vom Aortenbogen ausgehenden Gefässe». (Nr.Nr. 5 u. 6).

Zu dem im Jahre 1890, № 25 dieser Wochenschrift veröffentlichten Fälle fügen die Autoren noch 2 neue im Peter-Paul-hospital beobachteten Fälle hinzu.

Prof. F. Ewezky: «Ueber Diphtherie des Auges und die Behandlung derselben durch Heilserum». (Nr.Nr. 7 u. 8).

In 2 Fällen von Conjunctivitis diphtheritica, bei denen die Diagnose durch den microscopisch und bacteriologisch gelungenen Nachweis von Löffler'schen Bacillen sichergestellt war, bediente sich Verf. mit bestem Erfolg des Heilserums. In einem dieser Fälle, der mehr dem klinischen Bilde der Conjunctivitis crouposa entsprach, genügten 2 Injectionen von je 5 ccm., im zweitem sehr bösartigen Falle mussten 2 Injectionen von je 10 ccm. gemacht werden. Beide Fälle gingen rasch in Heilung über.

D. Golowkow: «Ueber das Eindringen der Choleravibrionen in Hühnereier». (Nr. 7).

Dem Verf. ist es gelungen nachzuweisen, dass die Choleravibrionen durch die Schale hindurch in die Hühnereier eindringen können.

W. Wizinsky: «Einige Bemerkungen zur Technik der Tättowirung der Hornhaut». (Nr.Nr. 8 u. 9).

Verf. beschreibt eine Methode der Tättowirung leucomatöser Augen, wie sie in der Klinik von Prof. Belljarminow seit 5 Jahren geübt und vom Verf. selbst mehrmals ausgeführt wurde. Man benutzt dazu eine rinnenförmige Nadel und die höchste Sorte americanischer Tousche. Damit wird zuerst die Pupille gezeichnet, darauf am Limbus corneae ein der äusseren Grenze der Iris entsprechender, 0,5 mm: dicker, Ring und zwischen diesen beiden radienförmig zum Centrum der Pupille verlaufende, den Rand derselben aber nicht erreichende Linien, die die Iris darstellen sollen. Die schwarze Farbe der Tousche giebt mit der bläulichen Farbe des Leucoms eine blaugraue Farbe. Alle Pat. waren mit dieser Tättowirung sehr zufrieden.

G. Sokolsky: «Ein operativ geheilter Fall von Lungengangrän». (Nr. 8).

A. Sacher.

Medicina № 38—48.

Prof. A. Ignatowsky: «Entstehung und Wesen der gerichtlichen Mediciu, Antrittsrede in Jurjew.» (Nr.Nr. 38, 42).

Th. Trapeznikow: «Das sogenannte idiopathische, multiple Pigmentsarkom der Haut (Kaposi).» (Nr. 38, 40, 42, 43).

Bereits im Jahre 1893 hat Autor einen hierhergehörigen Fall dieser seltenen Hauterkrankung veröffentlicht, auf Grund dessen er die Meinung aussprach, dass es sich dabei nicht um eine echte Sarkomatose handele, sondern eher um eine multiple von den Gefässen ausgehende Geschwulstbildung entzündlichen Charakters. Im Sommer 1894 hatte er Gelegenheit einen zweiten Fall zu beobachten. Der 60jährige Patient datirt seine Krankheit vom Jahre 1891, wo er zuerst auf dem linken Fussrücken einen bläulichen, stark juckenden Fleck bemerkte. Der Fuss schwoll an und bald gesellte sich Schwellung zuerst der einen, dann der anderen Hand hinzu. Später bildeten sich auf beiden Füssen allmählich sich vergrössernde, flache, bläuliche Geschwülste. Auch das linke Ohr schwoll an und zeigte blauviolette Flecken. Die Spannung der Haut und der heftige Juckreiz behinderten den Kranken in seinen Bewegungen. Bei der Untersuchung fand T. auf Händen und Füssen flache, bläulichviolette, elastische Geschwülste von verschiedener Grösse und Form. Hände und Füsse waren ausserdem ödematös, so dass sie bedeutend verdickt erschienen. Auch auf Vorderarm und Unterschenkel und linken Ohr waren ähnliche Tumoren zu constatiren. Auf Druck nahmen dieselben an Umfang ab und wurden blasser. Von Seiten anderer Organe keine Anomalien. Autor machte dem Patienten einige subcutane Injectionen von Sol. arsen. Fowleri, worauf sowohl die subjectiven Beschwerden, als auch die Tumoren geringer wurden. Leider war Patient genöthigt bald wegzureisen, versprach aber sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen.

G. Nadjeschdin: «Bericht über allgemeinchirurgische Operationen, ausgeführt in Zemetschino (Gouv. Tambow) von August 87 bis September 91.» (Nr. 39, 40, 41, 43, 45—48).

Mittheilung von 1096 Operationen, die im angegebenen Zeitraum an 1043 Patienten ausgeführt wurden und die beweisen, dass ein thätiger Landarzt und tüchtiger Chirurg auch bei relativ ungünstigen Verhältnissen grossen Nutzen bringen kann.

S. Borman: «Versuch einer Anwendung der substituirenden Methode bei Behandlung der «Tetania thyreopriva» thyreoidectomirter Hunde.» (Nr. 41).

Autor entfernte Hunden die Thyreoidea entweder auf einmal oder 2 zeitig und fütterte sie dann mit Fleisch und Brod, um das Eintreten der Tetanie zu beschleunigen. War diese vollkommen ausgebildet so wurde den Thieren ein Glycerinauszug der Thyreoidea vom Hunde oder Schaf subcutan injicirt (à 5 ccm.). Alle Symptome nahmen darauf ab, so dass eine günstige Beeinflussung nicht zu verkennen war. Bei der Section bot die Leber die Zeichen venöser Hyperämie, begleitet von nekrotischem Zerfall der Zellen, der zum Centrum der Acini zunahm. Die gewundenen Harnkanälchen boten das Bild der Coagulationsnekrose, einzelne Kanälchen waren gefüllt mit colloiden Massen. Die Nierencapillaren waren erweitert. Autor ist geneigt in den Nierenveränderungen ein wichtiges Moment zum Zustandekommen der Tetania thyreopriva zu sehen.

M. Rechtsamer: «Zur Aetiologie der Cholera.» (Nr. 44).

R. referirt in Kürze die bereits in seiner Dissertation behandelte, während der Choleraepidemieen 1892, 1893, 1894 in Tiflis gesammelten Daten. Er konnte neben den Kommabacillen, deren aetiologischen Zusammenhang mit der Cholera er nicht bestreitet, häufig noch eine besondere Art Spirillen im Stuhl constatiren, von denen keine Reinkultur erhalten werden konnte. Die bakteriologische Untersuchung des Flusswassers ergab 12 Arten Vibrionen, die sich allerdings bei Impfung auf Tauben verschieden verhielten, dabei aber so constant bei gleichen Verhältnissen und in so engem Zusammenhang mit den Choleraerkrankungen gefunden wurden, dass Autor ihre Verwandschaft mit dem Koch'schen Kommabacillus nicht bezweifeln möchte.

S. Jaroschewsky: «Zur Lehre von der hysterischen degenerativen Atrophie der peripheren Nerven.» (Nr. 44, 46, 48).

Nach Anführung der Literatur theilt J. eine interessante eigene Beobachtung mit. Es handelte sich um eine 45jährige hysterische Frau, die plötzlich an heftigen Schmerzen und Vertaubung im linken Bein erkrankt war. Der Fuss schwoll

an und die Schmerzen steigerten sich derart, dass Patientin die Nächte schlaflos verbrachte. Die Haut der Extremität wurde kalt und cyanotisch. Diese Erscheinungen verschlimmerten sich bald, bald hörten die Schmerzen beinahe ganz auf, das Oedem verschwand. Allmählich traten aber Temperaturerhöhungen und Kräfteverfall auf, die Schmerzen werden unerträglich, so dass schliesslich als ultimum refugium das linke Bein im unteren Drittel des Oberschenkels amputirt wurde. Am nächsten Tage traten Anurie und Parese des rechten Armes auf, verschwanden aber bald wieder und an ihrer Stelle wurde Leitungsaphasie beobachtet, die gleichfalls nach einigen Tagen zurückging, um Tremor der rechten Hand und des rechten Armes Platz zu machen. Dabei bildeten sich nach jeder Aufregung Oedeme des rechten Beines, um ebenso schnell wieder zu verschwinden. Die anatomische Untersuchung des amputirten Beines ergab degenerative Atrophie der Muskeln und körnigen Zerfall und Schwund des Myelins und Axencylinders der Nerven, ohne besondere Betheiligung der Nervenscheiden. — 2 Monate später sah Autor die ziemlich heruntergekommene Patientin wieder. Dieselbe klagte über Schmerzen im rechten Arm, dessen Muskulatur theilweise atrophirt war. Weyert.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 4—5. 1896.

Th. Rybakow: «Das Magnan'sche Symptom des chronischen Cocainismus.» (Nr. 4).

Magnan hat in einigen Publicationen auf charakteristische Symptome der Cocainsucht aufmerksam gemacht; neben den Störungen in der motorischen Sphaere, wie Epilepsie, die nach Entfernung des Giftes verschwinden, sind besonders auffallend die Störungen in der Gefühlssphaere, namentlich das Gefühl von Fremdkörpern unter der Haut, während die hallucinatorischen Störungen des Gehörs, des Gesichts, des Geschmacks und des Geruches nicht die Hauptrolle spielen — im Gegensatz zum chronischen Alcoholismus. R. führt 2 Krankengeschichten an, um den Werth des Magnan'schen Symptoms zu erhärten. In beiden Fällen beobachtete Verf. neben Störungen in der motorischen Sphaere, Illusionen der Hautsensibilität (Gefühl von Knötchen in der Haut); diese hallucinatorischen Gefühle beziehen sich auf kleine Körperchen, wie Mikroben, Krystalle, Knötchen etc. und wie die Kranken angeben, werden sie nicht auf der Haut, sondern unter der Haut empfunden. R. behauptet, dass man schon auf Grund dieses Symptomes chronischen Cocainismus erkennen könne.

J. Germann: «Zur Casuistik der psychischen Epilepsie (das psychische Aequivalent der Epilepsie).» (Nr. 4).

A. Batmanow: «Ueber Radicaloperation der Hernien.»

Statistischer Bericht über 22 Radicaloperationen, meistentheils nach Bassini. Verfasser führt die betreffenden Krankengeschichten an und bespricht einige wichtige Fragen, so z. B. die Frage nach der Häufigkeit der Redicive (unter 22 Fällen 3 mal beobachtet), nach der Operationsmethode. Im Ganzen Nichts neues.

K. Gorsky: «Ein Fall von incarcerirter Hernie. Herniotomie, Resection eines 90 cm. langen Dünndarmstückes. Ausgang in Heilung». (Nr. 4).

A. Greidenberg: «Ein Fall von Empyem der Higmor's Höhle bei einem dreiwöchentlichen Kinde.» (Nr. 5).

Als Ursache des Empyems war das frühzeitige Hervortreten eines Zahnes zu beschuldigen; es entstand eine Schwellung in der linken Wangengegend, aus der linken Nasenöffnung entleerte sich mit Blut vermischter Eiter, linkseitiger Exophtalmus. Operation mit günstigem Ausgang.

E. Maljutin: «Nasensteine bei einem 12-jährigen Mädchen.» (Nr. 5).

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa shenskich bolesnej. Oct. — Dec. Nr. 10—12, 1895. Jan. 1896. Nr. 1.

N. K. Nejelow. «Ein Fall vollständiger inversio uteri post partum. (10).

Die 32jährige Pat. N. war vor 2 Monaten zum ersten Mal niedergekommen. Nach der Geburt des Kindes hatte eine Fuscherin die Frau zu drängen veranlasst und zu gleicher Zeit an der Nabelschnur gezerrt. Die Nachgeburt wurde auf diese Weise allerdings zu Tage gefördert, doch trat sofort eine sehr heftige Blutung auf. Während des Puerperiums geringe Temperatursteigerungen bei mässigem blutigem Ausfluss. 3 Wochen nach der Geburt heftige uterine Blutung. Von Aerzten wird ein Polyp. diagnosticirt. Verf. fand, ausser einem Dammriss 2 Grades, eine vollständige Uterusinversion vor. Nach genügender Desinfection der Scheide Tamponade mit Watte und Verabreichung von Secale. Im Laufe von 7 Tagen gelang es eine vollständige Reinversion der Gebärmutter zu Stande zu bringen.

W. Wischnewski. «Ein Fall «trockener» Geburt bei placenta praevia». (10).

Bemerkungen über die Bedeutung des Fruchtwassers und über den Verlauf der Geburten bei absolutem Mangel desselben voranschickend, berichtet Verf. über seinen Fall. III Gravida. Mit dem Geburtseintritt sehr starke Blutung. W. diagnosticirt placenta praevia marginalis. Jodoformgazetamponade der Scheide. Blutung steht. Unter heftigen Wehen wurde eine Frucht in unverlezten Eihäuten (Glückshaube) geboren. Kein Tropfen Fruchtwasser.

G. Nadeschdin. «Einige gynaekologische Operationen an Organen der Bauchhöhle». (10).

Ausführliche Beschreibung der Operationsräume, der Vorbereitungen und der anti resp. aseptischen Massnahmen wird vorausgeschickt. Der Bericht № 1 umfasst die Krankengeschichten folgender Operirten. 12 Ovariotomien mit keinem Todesfall, 3 Myomotomien mit 1 Todesfall, 4 vaginale Totalexstirpationen des Uterus ohne Todesfall.

E. M. Wainstein. «Dauerverband und hygroscopisches Verbandmaterial bei Behandlung des Nabelschnurrestes». (10).

Aus der einschlägigen Literatur, über welche recht ausführlich referirt wird, zieht Verf. die Schlüsse, dass die Gefahr einer schweren Infection des kindlichen Organismus durch die Nabelwunde nicht von der Hand zu weisen ist; dieselbe ist eine um so grössere, weil sie anfangs latent bleibt. Die Aufmerksamkeit, welche man seit einiger Zeit dem Nabel zuwendet, ist daher vollständig berechtigt. Unter den Verbandstoffen verdrängen die hygroscopischen Mittel mehr und mehr die früher verwendeten Desinficientia. Um die Vorzüge des Dauerverbandes und die Bedeutung hygroskopischer Verbandstoffe richtig beurtheilen zu können, hat Verf. Versuche mit folgenden Mitteln angestellt. Gyps, Tannin, Kali hypermangan, Alaun, trockene Watte, Glycerin. Stroh- und Holzkohle. Die Versuche ergeben, dass den grössten Procentsatz trockener Gangrän des Nabelrestes die Strohkohle (98%) aufgewiesen hatte, welche auch am meisten hygroskopisch ist. Empfehlenswerth sind ferner. Kali hypermanganic. und trockene Watte. Das Hauptaugenmerk ist auf eine ideale Reinlichkeit zu richten. Das Bestreben ein möglichst schnelles Eintrocknen und Abfallen des Nabelrestes zu erzielen wird durch Vermeiden von Bädern bei Anwendung hygroskopischen Verbandmateriales wesentlich gefördert.

G. Nadeschdin. «Zur Frage von der geburtshilflich-gynaekologischer Hilfe in der Provinz.» (10).

Verf. giebt einen kurzen Rechenschaftsbericht über die von ihm vom VIII 1887 bis IX 1891 an 183 Kranken ausgeführten Operationen. Die 208 gemachten Operationen (darunter 12 Ovariotomien, 4 Uterusexstirpationen, 3 Myomotomien, 2 Porrooperationen) geben 3 Todesfälle=1,6% Mortalität.

A. P. Sabolotski. «Scheiden-Darmfistel durch in der Scheide befindliche «Damen Sporen» verursacht.» (11).

Da Verf. in der Literatur keinen analogen Fall verzeichnet gefunden hat. beeilt er sich den von ihm beobachteten mitzutheilen. Bei einer 39jährigen Frau wurde bei der Inspection im hinteren Scheiden-Gewölbe circ. 1 C. von dem Rande der hinteren M. M.-Lippe entfernt besagtes Instrument aus Gummi gefunden. Der Lage des Ringes entsprechend befand sich auf der Scheidenschleimhaut ein höckeriger, leicht blutender Wulst. Der dem Ringe anhaftende faekale Geruch veranlasst Verf. auf eine Communication der Scheide mit dem Dünndarm zu schliessen. Andere Beweise für diese Annahme werden nicht mitgetheilt.

A. A. Abrashanow. «Strychnin Anwendung wegen Wehenschwäche und Strychninkrämpfe der Frucht». (11).

38jährige IX para. Protrahirte Geburt in Folge primärer Wehenschwäche. Nach 1½tägigen erfolglosen Kreissen wird 1/60 gr. Strychnin subcutan verabfolgt. Es treten kräftige Wehen auf, welche die Geburt nach einer halben Stunde beenden.

Kind in Asphyxie 2 Grades. Beim Versuche Schultze'sche Schwingungen auszuführen, tetanische Starre des kindlichen Körpers, welche nach Verlauf einer halben Minute schwindet.

G. L. Dawydow. «Zur Frage von der Veränderung des elastischen Gewebes der Gebärmutter bei spontaner Ruptur derselben während der Geburt und im Wochenbette». (12).

Nachdem Verf. eine recht ausführliche Uebersicht der in der Literatur enthaltenen Theorien über Entstehung, Ursache u. s. w. der Uterusruptur gegeben und der bis jetzt unter dem Microscop beobachteten pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gewebe Erwähnung gethan hat, geht er zur Schilderung seiner Untersuchungen über, welche über das Verhalten des elastischen Gewebes an der Rissstelle angestellt worden sind. Untersuchungen an unverletzten puerperalen Gebärmuttern wurden des Vergleiches halber gleichsfalls vorgenommen. Die Resultate der an 7 rupturirten Uteris angestellten Untersuchungen sind folgende 1) Die puerperale Gebärmutter enthält mehr elastische Fasern als die nicht puerperale; dieselben sind ferner dicker, bedingt wahrscheinlich durch die allgemeine Gewebshypertrophie während der Schwangerschaft. 2) sowohl im puerperalen als auch nicht puerperalen Uterus findet man besonders viel elastisches Gewebe im unteren Segmente und im Cervix. Die Fasern sind hier voluminöser, als im corpus und fundus uteri. Zur Schleimhaut hin vermindert sich die Zahl elastischer Fasern. 3) Die elastischen Fasern in rupturirten Gebärmüttern erscheinen beim Fehlen scharfer Conturen wie geschwollen, klein, gekörnt und zu Haufen angeordnet. 4) In rupturirten Uteris ist das elastische Gewebe nicht nur an der Rissstelle, sondern auch in allen anderen Abschnitten der Gebärmutter verändert. 5) Die Veränderung des elastischen Gewebes kann als Ursache einer Ruptur angesprochen werden, besonders wenn andere pathologisch-anatomische Veränderungen fehlen.

A. P. Gubarew. «Zur operativen Behandlung hoher Blasen-Scheidenfisteln». (12).

Beschreibung eines Falles, in welchem G. eine Fistel, welche die ganze vordere M.-M.-Lippe einnahm und bis zur Mitte des Cervicalkanales reichte, durch ein operatives Verfahren heilte, welches im Wesentlichen darin bestand, dass die Fistelränder an der Grenze zwischen Blase und Uterus in einer Ausdehnung von 1½ C unterminirt wurden. Die auf solche Weise beweglich gemachten Fistelränder wurden mit Erfolg durch Nähte vereinigt.

A. I. Solowjew. «Ueber Complicationen bei Heilung der Bauchwunde nach Coeliotomien». (12).

Gestützt auf mehrere Krankengeschichten vertritt Verf. die Anschauung, dass 1) das Liegen auf dem Rücken nach Laparotomien mehrere Tage lang die Pat. unnützer Weise ermüdet; es sei dieses nur eine, aus den Zeiten, wo Laparotomien noch für gefährliche Operationen galten, stammende Gewohnheit. 2) Das Eitern der Bauchwunde durch die Nähe des Darmes bedingt wird. Tiefe Nähte eitern daher auch nur, wenn zu denselben Seide verwendet wird. Ist man gezwungen tiefe Seidennähte zu legen, so mache man Knopfnähte und nähe nicht fortlaufend. Verf. zieht für tiefe Nähte Silberdraht allem anderen Nahtmateriale vor.

K. Ulesko-Stroganowa. «Riesenzellen in der Placenta, ihre Entstehung und Bedeutung». (1).

Verf. hält auf Grund ihrer mikroskopischen Untersuchungen die Riesenzellen, welche in den intervillösen Räumen sich vorfinden, für losgelöste Syncytiumhaufen. Die in der serotina zu verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft angetroffenen Riesenzellen entstehen aus der Zellschicht der Zotten. Das Syncytium stellt in Folge dessen ein aus der Zellschicht der Zotte entstehendes Gebilde foetalen Ursprunges dar. Das Syncytium ist als eine kolossale mehrkernige Zelle anzusehen, welche die Zotten gegen die intervillösen Räume hin als zusammenhängende Schicht bedeckt. Es ist daher wahrscheinlich, dass das Verhältniss der Riesenzellen zu den Gefässen der Serotina die Anfänge der Beziehungen darstellt, in welchen das Syncytium, das die intervillösen Räume auskleidet, in vollendetem Zustande zu den mütterlichen Gefässen steht, welche sich in diese Räume öffnen.

N. M. Onufrijew. «Zweites Hundert von Coeliotomien.» (1).

Berichtet wird über 48 Ovariotomien, 18 supravaginale Amputationen der Gebärmutter, 3 Hysterectomien, 16 Salpingotomien, 5 Herniotomien, 7 Probecoeliotomien, 1 vollständige Entfernung des Fruchthalters, 2 Coeliotomien bei tuberculöser Peritonitis. Bei Besprechung der erzielten Resultate theilt Verf. die 100 Fälle in 2 Gruppen. In der ersten Gruppe von 50 Fällen war die Mortalität=26%, davon an Sepsis 12%; fieberhafter Verlauf in 20% der Fälle. In der 2 Gruppe von 50 Fällen war die Mortalität = 8%, davon an Sepsis 0%; fieberhafter Verlauf in 12%. Den Unterschied in den erzielten Resultaten bezieht Verf. auf die verschieden zubereitete Seide, welche in den einzelnen Gruppen zur Verwendung kam.

A. A. Sizinski. «Fall von angeborenem Defect der Gebärmutter.» (1).

Bei einer 27jährigen, 9 Jahre verheiratheten Frau constatirte S. folgenden Genitalbefund. Normale, nur schwach entwickelte äussere Genitalien. Enge, 3 C. lange, dünnwandige blind endende Scheide. Portio vaginalis nicht vorhanden. Im Speculum sah man an der Stelle der Portio eine querverlaufende Linie, welche die Verbindung der vorderen Vaginalwand mit der hintern darstellte. Bei combinirter Untersuchung konnten weder Gebärmutter noch Adnexa palpirt werden.

W. W. Patejenko. «Noch 4 Coeliotomien.» (1).

Die von P. im Usman'schen Landschaftshospital ausgeführten Operationen sind folgende. Castratio et Salpingectomia duplex-Heilung, Ovariotomia et Amputatio uteri supravaginalis-Heilung, 2 Ovariotomien-Heilung.

M. M. Patkewitsch. «Ruptura uteri subgraviditate.» (1).

Eine im 7 Monate schwangere II gravida verletzte sich an einem Thürschloss den Leib in der Nabelgegend. Gleich nach der Quetschung heftige Schmerzen in der linken Hälfte des Leibes, Schwindel, Erbrechen, Ohnmacht. Verf. fand Pat. mit Zeichen acuter Anaemie und fadenförmigem Pulse vor. Leib etwas aufgetrieben, in der Gegend des Nabels und beider Rippenbögen sehr schmerzhaft. Ueber der Symphyse Resistenz. Links in Nabelhöhe ein grosser Kindstheil fühlbar. Aeusserer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Untersuchung per vaginam sehr schmerzhaft, besonders im vorderen Scheidengewölbe. Am folgenden Tage auffallende Besserung des Allgemeinbefindens. Schmerzen sehr gering. Vorderes Scheidengewölbe fast verstrichen. Um 2 Uhr Nachts heftige Drangwehen, Symptome acuter Anaemie, Erbrechen. Deutliche Fluctuation im Leibe. Exitus 3½ Stunden nach Eintritt der Verschlimmerung. Bei der Section fand P. in der Bauchhöhle bedeutende Mengen flüssigen und coagulirten Blutes. Fundus uteri etwas unter Nabelhöhe. Im oberen Theil der hinteren Wand ein Riss, durch welchen der Stein der Frucht durchgetreten ist. Eine genauere Untersuchung des Präparates gab folgenden Befund. Der Riss ist halbmondförmig mit der Convexität nach oben gerichtet; er beginnt links 3 C. unterhalb der Abgangsstelle der Tube an dem hinteren Blatte des lig. latum, verläuft 2½ C. an der hinteren Uteruswand in horizontaler Richtung, biegt dann unter einem rechten Winkel nach oben zum Fundus und verläuft, den Scheitel der Gebärmutter nicht erreichend in einem Bogen bis zur rechten Seite der hinteren Uteruswand. Die Uteruswand nimmt zu den Rändern des Risses allmählig an Dicke ab und ist am Rande des Risses nur 1 Mm. dick. Der peritoneale Ueberzug der Gebärmutter ist mit der Musculatur zugleich gerissen. Die Ruptur localisirt sich mit Ausnahme des unteren linken Abschnittes auf einen, der Placentarinsertion entsprechenden Abschnitt. Die Ränder der klaffenden Wunde sind mit der gleichfalls rupturirten Placenta fest verbunden, letztere drängt sich überall aus der Risswunde hervor. Mikroscopisch liess sich, der Gegend der Placentarinsertion entsprechend, in der Uterusmusculatur bedeutende Bindegewebsentwickelung constatiren, besonders in den der Rupturstelle zunächstliegenden Abschnitten. Pathologisch-anatomische Diagnose: Chronische interstitielle Metritis beschränkt auf die Placentarstelle.

Dobbert.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoj Medicini i Bakteriologii *). Bd. 1. Liefg. 1 und 2.

W. Danilewski: «Zur Frage von der Identität der Malariainfection beim Menschen und bei Thieren.»

Seit einer Reihe von Jahren beschäftigt sich Verf. mit dieser höchst interessanten Frage; seine Untersuchungen haben ihn zur Aufstellung einer besonderen zoologischen Gruppe der sog. Haemosporidia veranlasst, zu der die Cytozoen des Menschen und der Vögel gehören, und der sich die Haematozoa sporozoica der Fische, Amphibien und Reptilien anschliessen. In dieser Abhandlung führt D. eine Reihe von Thesen an, die beweisen, dass die Cytozoen der Vögel pathogen sind, dass sie eine Malariainfection bewirken, die vollkommen der Malariainfection beim Menschen entspricht. Wir wollen hier nur einige wichtige Thesen referiren, das übrige ist im Orginal nachzulesen. 1) Die acute fieberhafte Erkrankung bei Vögeln ist verbunden mit

*) Das russische Archiv für Pathologie, klinische Medicin und Bacteriologie erscheint seit diesem Jahre unter der Redaction des Prof. W. Podwyssotzki (Kiew) und unter Mitwirkung vieler nahmhafter Autoren. Verlag von Carl Ricker St. Petersburg.

dem Auftreten im Blute sporulirender intracellulärer Mikroben (Cytosporon). 2) Bei chronischem Verlauf der Krankheit scheinen die Vögel ganz gesund zu sein, nur finden sich im Blute wurmartige Parasiten die ganz analog den Laveran'schen «Halbmonden» sind. 3) Einige Minuten nach der Blutentleerung entwickelt sich aus den Haemocythen eine geisseltragende Form — der Polimitus. 4) Die Geisseln trennen sich vom Polimitus und bewegen sich frei im Plasma im Verlaufe von 20—30 Minuten (Pseudospirillen), während der Polimitus degenerirt. 5) Aus dem Cytozoen entwickeln sich die Laveran'schen Halbmonde, die theilweise eine Beweglichkeit zeigen (ähnlich der Bewegung der Blutgregarinen) 6) Alle Formen der Cytozoen bedingen eine regressive Metamorphose des Haemoglobins unter Bildung von Melanin. 7) Cytosporon und Polimitus werden nicht immer zusammen angetroffen. 8) Im Blute der Vögel findet man bei der chronischen Infection recht häufig Leucocytozoa, aus denen ad oculos Polimitus und bewegliche Laverania entstehen. 9) In der Milz und der Leber, auch im Knochenmark findet sich bei der chronischen Malaria eine grosse Menge von Mikroben und Melanophagen. 10) Eine rasche Sporulation des Cytosporon ruft eine Störung der Gesundheit hervor, die Form der Erkrankung und deren Periodicität wird durch die biologischen Eigenschaften des Parasiten und dessen Art der Vermehrung bedingt. 11) Da die normale Temperatur bei den Vögeln eine hohe ist, so kann die thermische Reaction bei der acuten Malaria auch keine zu starke sein; bei der chronischen Infection ist die Temperatur normal, oder sogar sub normal (Di Mattei). 12) Bei der chronischen Infection constatirt man Melanaemie und Melanose der inneren Organe.

S. Lewaschow: «Zur Behandlung der Empyeme mittels methodisches Ersetzen des eitrigen Exsudates durch indifferente Flüssigkeiten und über die Bedeutung dieser Methode für die Behandlung der exsudativen Pleuritis».

Bereits auf dem X-ten intern-Congress zu Berlin hat L. seine Methode der Behandlung der exsudativen Pleuritis vorgetragen und seit dieser Zeit wird dieselbe in der Klinik zu Kasan geübt. Verf. konnte sich überzeugen, dass das Ersetzen der Exsudate durch indifferente Kochsalzlösung — eine Methode, die es erlaubt das Exsudat auf ein Mal zu entleeren — bei serösen, sero-fibrinösen und haemorrhagischen Formen rasche restitutio ad integrum schafft, wenn natürlich das Exsudat keine maligne Unterlage hat (Tuberculose, Krebs). Die frühzeitige und vollständige Wegschaffung des Exsudates verhindert das langsame Siechthum und die Entwickelung der Tuberculose. L. hat nun versucht auch Empyeme auf diese Weise zu behandeln, indem er das eitrige Exsudat in mehreren Sitzungen durch Thoracocentese entfernte und durch indifferente Kochsalzlösung dasselbe ersetzte. Die Resultate waren äusserst günstige, es wurde völlige Heilung erzielt. Die Verdünnung des Exsudats muss dabei so häufig wiederholt werden, bis die Flüssigkeit ein specifisches Gewicht von 1002—1003 bekommt. Verf. spricht auf Grund seiner Erfahrungen die Zuversicht aus, dass man die Thoracotomie vollständig entbehren werde können, wenn man das eitrige Exsudat ganz methodisch durch indifferente Flüssigkeit ersetzt, selbst alte vernachlässigte Fälle werden geheilt werden können (alle 5—10 Tage muss die Thoracocentese und das Ersetzen des Exsudates vorgenommen werden).

N. Filatow: «Ueber einige Streitfragen bei der Diphtherie».

In Bezug der Frage, ob man neben der Serumbehandlung auch eine locale Therapie üben soll, spricht sich Verfasser für eine solche aus, doch sollen die local anzuwendenden Mittel nur desinficirend, nicht irritirend wirken (Liquor ferri sesquichlor. 1:10; Sublimat 1:1000, Natron benzoicum u. a.). F. ist ein entschiedener Anhänger der Serumbehandlung; in seinem Aufsatze führt er auch statistisches Material an, welches beweist, dass das Serum auch prophylactischen Werth haben kann.

A. Maximow: «Die Histiogenese der experimentell hervorgerufenen amyloiden Leberdegeneration bei Thieren».

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen und Hühnern; das Amyloid wurde mit Hülfe von Culturen des Staphylokokkus pyogenes aureus hervorgerufen. Die microskopischen Studien werden sehr eingehend geschildert und durch chromolitographische Aufnahmen erläutert. M. beweist, dass das Wesen der amyloiden Degeneration in Ablagerung eines besonderen pathologischen Eiweissstoffes in den Interstitien zwischen den Formelementen der Gewebe besteht; weder können die Leberzellen, noch andere Zellen in amyloide Massen auf dem Wege der Homogenisation der Zellensubstanz verwandelt werden; aber auch das interstitiale Gewebe, z. B. die Bindegewebsfasern oder die membrana propria können nicht in Amyloid verwandelt werden; Letzteres lagert sich nur in den Interstitien ab, als Product der Zellen der degenerirenden Organe.

N. Berestnew: «Ueber die Darstellung des antidiphtheritischen Serum im bacteriologischen Institut zu Moskau». Zum Referate nicht geeignet.

D. Kischenski: «Zur Frage von der Genese der eosinophilen Zellen und der Charcot-Leyden'schen Krystalle im asthmatischen Sputum».

Auf Grund eingehender microskopischer Studien schliesst K., dass die eosinophilen Zellen, die während des asthmatischen Anfalles in grossen Mengen im Sputum zu finden sind, nicht praeformirt in die Luftwege gelangen, sondern sich an Ort und Stelle von den ausgewanderten Leucocyten sich bilden; sie stellen eine besondere Degenerationsart der neutrophilen Zellen vor. Die Krystalle entstehen auf Kosten der eosinophilen Zellen, und zwar findet man sie im Sputum erst einige Zeit später, nach der Expectoration des Sputum's.

C. Dehio (Professor). «Ueber Erythromelalgie.»

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Erythromelalgie bei einer 50-jährigen Bäuerin. Die im Verlaufe von 4 Jahren beobachteten Symptome fasst Professor Dehio in folgenden Punkten zusammen: 1) starke diffuse Kopfschmerzen mit zeitweiligen Exacerbationen, die zum Erbrechen führten; livide Gesichtsfarbe mit an Myxoedem errinnernder Verdickung des Unterhautbindegewebes. 2) Fortwährende Schmerzen in der linken Hand, zuweilen lancenirenden Charakters, intensive Röthe und flache Knötchenbildung in der Haut; andauerndes Schwitzen und Atrophie der Haut an den Fingern, Sclerose der Arterien der linken oberen Extremität. 3) Neuralgische Schmerzen in der Gegend des linken Schultergelenks. 4) Röthung der Haut und Schmerzhaftigkeit an der linken Fusssohle. Die mikroskopische Untersuchung des extirpirten Theiles des n. ulnaris ergab völlig normale Verhältnisse; sowohl das Epi- und Perineurium als auch das Endoneurium liessen keine pathologische Zustände erkennen; dagegen konnte man an der a. ulnaris eine deutliche Sclerose der intima constatiren. Interessant und belehrend war, dass nach der Operation die Röthe der Haut am linken Kleinfinger vollständig verschwand — ein schlagender Beweis, dass die Hyperaemie auf pathologischer Erregung der Vasodilatatoren beruhte; auch verschwand nach der Resection des nervus ulnaris die starke Schweissabsonderung in dessen Gebiete, was wiederum darauf hinweist, dass eine pathologische Erregung der schweissabsondernden Nervenfasern vorlag. Der ganze Symptomencomplex der Krankheit beruht somit auf anormaler Nervenreizung in Abhängigkeit von einer Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarks. — Die locale Sclerose der Intima führt Verf. in Einklang mit den bekannten Arbeiten von Thoma und dessen Schülern auf die beständige Erweiterung der Gefässe der linken oberen Extremität zurück.

N. Ssacharow: «Ueber die Bildung des Malariapigments und des Haemoglobin's».

Morphologische Untersuchungen.

J. Ssawtschenko: «Bacilläre Pseudo-Actinomykose.»

Unter dem Namen «Actinomykosis» werden häufig pathologische Processe beschrieben, deren klinisches Bild der bekannten Krankheit sehr ähnlich, deren Pathogenese jedoch eine verschiedene ist Verf. giebt einen ausführlichen Bericht über solch einen Fall. Es handelte sich um einen 30jährigen Bauer bei dem sich auf der rechten Thoraxhälfte eine starke Schwellung ausbildete; es entwickelten sich verschiedene Fistelgänge, aus denen sich Eiter von specifischem unangenehmen Geruch, viele gelblich-weisse Körnchen enthaltend, entleerte. Beim Aufschneiden der Geschwulst erwies sich das ganze Unterhautgewebe von Fistelgängen, die mit bräunlichen Zerfallsmassen und vielen kleinen Körnchen gefüllt waren, durchsetzt. Das klinische Bild errinerte sehr an Actinomykose, doch waren folgende Abweichungen zu constatiren: 1) der scharfe, unangenehme Geruch des Eiters. 2) Die rasche Entwickelung von neuen Abscessen in der Nachbarschaft der afficirten Parthien. 3) Das Fehlen der Entzündungsreaction und des Narbengewebes in der Umgebung der Abscesse. Sehr charakteristisch war für diesen Fall die braune Farbe und die Lockerheit der die Fistelgänge ausfüllenden Massen. Bei schwacher mikroskopischer Untersuchung erinnerten die erwähnten Körner an die Actinomyceshaufen; bei starker Vergrösserung aber erkannte man, dass die traubenförmige Haufen nur aus Bacterien bestanden, deren Grösse sehr verschieden war; es handelte sich somit um Zooglaeacolonien einer Bacterienart; dieselben färbten sich nicht nach Gram; am besten färbten sie sich mit Löffler'schem Methylenblau oder mit Ziel'schem Carbolfuxin. (Die näheren biologischen Studien über diese Bacterie sind im Original nachzulesen). Verf. schlägt für diese Erkrankung den Namen «bacilläre Pseudoactinomycose» vor.

Abelmann.

Доав. ценз. Спб. 11 Апрѣля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Wratsch. 9—16 incl.

A. Krikliwy: «Zur Frage über die Ausscheidung der pathogenen Mikroben durch den Schweiss». (Nr. Nr. 8—10 und 12).

4 durch Impfung von reinen Culturen von Milzbrandbacillen inficirte Katzen, wurden nach 1 — 3 Tagen durch subcutane Pilocarpininjection (0,006—0.008) zum Schwitzen gebracht. Die Untersuchung des gesammelten Schweisses auf Milzbrandbacillen ergab ein vollkommen negatives Resultat. Im Blute fanden sich Anthraxbacillen bei 2 Katzen und zwar in einem Falle 17, im zweiten 1 Stunde vor dem Tode derselben. Bemerkenswerth ist es noch, dass alle Katzen nach der Injection nur eines ccm. einer gewöhnlichen 2—3 tägigen Bouilloncultur nach einer verhältnissmässig kurzen Zeit (2—4 Mal 24 Stunden) zu Grunde gingen, was gegen die allgemein verbreitete Ansicht über die fast vollständige Immunität der Fleischfresser gegen Milzbrand, spricht. Die Section ergab in fast allen Fällen die für den Anthrax characteristischen pathologisch-anatomischen Veränderungen,

A. Sselesnew: «Ein Fall Raynaud'scher Krankheit». (Nr. 9 und 10).

S. proponirt die Bezeichnung der Raynaud'schen Krankheit als «symmetrische Gangrän» fallen zu lassen, da die für diese Krankheit characteristischen Veränderungen zwar gewöhnlich, aber keineswegs immer, symmetrisch auftreten. Zweitens treten zuweilen die dem äusseren Bilde nach der Raynaud'schen Krankheit so ähnlichen arteriitis obliterans und Gangräna spontanea ebenfalls in symmetrischer Weise auf beiden Körperhälften auf. Ausserdem sind auch Fälle beschrieben, bei denen es bei der Raynaud'schen Krankheit überhaupt nicht zur Gangrän gekommen ist. Der von S. beobachtete Fall zeigte in seinem Verlaufe keine Abweichungen von den bis jetzt beschriebenen. Ein 21jähriger Soldat bekam nach langer Uebung mit der Flinte bei nassem Schneewetter reissende Schmerzen in den Fingerspitzen. Die Haut der Endphalangen wurde zuerst tief cyanotisch und bald darauf kam Gangrän derselben bis zu den Knochen hinzu, die erst nach 5 Monaten mit Hinterlassung kleiner Narben heilte. Zu bemerken sei es noch, dass Patient zu gleicher Zeit an Lungentuberculose und Arythmie der Herzthätigkeit litt. Der Puls war kaum fühlbar, arythmisch und stark beschleunigt, bis zu 150 Schlägen in der Minute (Neurose oder chronische Myocarditis). Verfasser meint, dass die Ursache der Gangrän vielleicht in der Krankheit des Herzens zu suchen sei.

E. Demkow: «Die Baskuntschakschen Schlammbäder» (Nr. 9 und 10).

Der Baskuntschaksche See befindet sich im Kreise Enotajewsk, Gouvernement Astrachan. Die Zusammensetzung seines Chlor-, Brom-, Eisen- und Schwefelhaltigen Schlammes ist derjenigen der Ssakischen Schlammbäder sehr ähnlich. 8 Patienten des Verfassers die an Arthritis und Synovitis chron., Arthritis deformans, Periostitis, Parametritis, syphilitischer Periost- und Knochenentzündung litten, wurden alle nach dem Gebrauch der Schlammbäder vollständig geheilt entlassen.

L. Komorowitsch: «Die kleine Harke (erodium cicutarium) als Haemostaticum». (Nr. 9).

Bei Darreichung eines Infuses der kleinen Harke 15,0 : 180,0 mit Zusatz einiger Tropfen Tincturae Menthae piperit., als Geschmackscorrigens, 2 stündlich 1 Esslöffel beobachtete K. Contractionen der Uterusmusculatur und rasche Sistirung der Blutungen bei Metro- und Menorrhagien. In vielen Fällen, wo Secale und Hydrastis wirkungslos blieben, contrahirte sich der Uterus sehr gut nach dem Gebrauch von erodium cicutarium. Nebenwirkungen fehlten immer. Welche Bestandtheile der Pflanze die wirksamen sind, lässt Verfasser unentschieden.

K. Wagner: «Die Stellung und Thätigkeit des Arztes in den professionellen Lehranstalten.» (Nr. 10).

P. Gubarew: «Einige Angaben über die Häufigkeit der Helminthiasis bei der Bevölkerung der Gouvernements Tiflis und Kutaiss». (Nr. 10).

Die microscopische Untersuchung des Kothes von 670 Soldaten ergab im ersten Gouvernement 70%, im zweiten 80% an Helminthiasis leidende. Die Krankheit ist unter den Einheimischen viel stärker verbreitet, als unter den Russen. Die Ursache dieser Häufigkeit der Helminthiasis bei den Einheimischen glaubt G. in ihrer Unreinlichkeit und Gleichgültigkeit in der Wahl der Speisen suchen zu müssen.

N. Poroschin: «Die Aufsicht über die Prostitution in Kasan im Jahre 1895». (Nr. 10).

N. Speransky: «Ueber die Syphilisinfection auf aussergeschlechtlichem Wege». (Nr. 11).

Auf Grund eines von ihm beobachteten Falles von syphilitischer Infection einer Amme durch ihren syphilitischen Säugling verlangt Verfasser, dass die Verpflichtungen, denen die Stellenbureaux unterworfen sind, durch eine Verordnung ergänzt werden, welche auch den Ammen den Schutz gegen die Gefahren einer von den Säuglingen ausgehenden syphilitischer Ansteckung gewähren sollte.

Th. Geissler: «Die Hauptrichtungen in der Immunitätslehre». (Nr. 11, 13—18).

Historische und kritische Uebersicht.

F. Rauschenbach: «Die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten nach Schott durch Bäder und Gymnastik, nebst einer kurzen Beschreibung des Bades Nauheim». (Nr. 14—16).

Die Nauheimer Bäder gehören, bekanntlich, zu den warmen Salzbädern mit hohem Gehalt an freier Kohlensäure. Hauptsächlich diesem letzten Bestandtheile verdanken sie ihren günstigen Einfluss auf chronische Herzleiden. Das therapeutische System der Gebrüder Schott verbindet diese Bäder mit einer besonderen Art Gymnastik, welche darin besteht, dass Patient nicht nur äussere Widerstände zu überwinden hat, sondern, bei Abwesenheit des Turnlehrers, auch seine eigenen Bewegungen hemmt. Nach diesem System hat Verfasser zusammen mit Professor N. Heinemann aus New-York 12 Herzkranke in Nauheim behandelt. Unter diesen waren solche mit Dilatation des Herzens, Dilatation und fettiger Degeneration mit und ohne Angina pectoris, Klappenfehlern, angeborenem Herzfehler, Myocarditis. In allen Fällen wurden glänzende und bleibende Resultate erzielt.

I. Sabludowsky: «Behandlung der chronischen Herzkrankheiten durch Massage». (Nr. 14).

Die mechanische Behandlung der Herzleiden findet eine immer grössere Verbreitung. Die Heilgymnastik, durch welche sich zuweilen sehr gute Resultate erzielen lassen, kann bei Herzkranken, für welche körperliche Ruhe Hauptindication ist, nicht angewandt werden. Für solche Fälle scheint dem Verfasser die Massage am Besten geeignet zu sein; neben Digitalis ist sie eins der besten Mittel für die Compensation der Herzaction und Beförderung des Kreislaufs, insbesondere des venösen Abschnittes desselben. Der entschiedene Nutzen der Massage bei Circulationsstörung lässt sich schon nach einigen Tagen vom Beginn der Behandlung constatiren. Das Herzklopfen und Beklemmungsgefühl werden, ebenso wie die dyspnoischen Anfälle, seltener. Der Puls wird kräftiger und langsamer, der Schlaf ruhiger, das Allgemeinbefinden besser. Neurosen des Herzens, Sclerose der Coronararterien, die so häufig nach Influenza zurückbleibende Herzschwäche und Hypertrophie des Herzens in Folge allzu reichlichen Gebrauchs von Trank und Speise werden von der Massage besonders günstig beeinflusst; auch wurden in einigen Fällen von Morbus Gravesii beträchtliche Besserungen erzielt. Hinsichtlich der näheren Ausführung dieser Behandlungsmethode sei auf das Original hingewiesen.

P. Haller: «Exantheme nach Injection des antidiphtheritischen Heilserum». (Nr. 14 und 16).

Im vorigen Jahre berichtete Verfasser in Nr. 7 des «Wratsch» über die von ihm beobachteten schweren Folgeerscheinungen bei einem 8-jährigen Knaben nach Injection des Behringschen Heilserums (Referat in dieser Beilage, 1895 pag. 20). Der Knabe erholte sich darauf im Sommer 1895 sehr gut und sah blühend aus, nur die Halsdrüsen blieben etwas vergrössert. Am 25. October erkrankte seine 6-jährige Schwester an schwerer Diphtherie und starb 4 Tage darauf, trotz rechtzeitig injicirten Heilserums (Roux, 20 Cbcm.) unter den Erscheinungen von Haematurie. Um die Erkrankung der übrigen Kinder zu verhüten, wurde am 29. October allen dasselbe Heilserum injicirt, und zwar bekamen der 8-jährige Knabe, seine 10½- und 12½-jährigen Schwestern zu 6 Cbcm., die dritte 17jährige Schwester und die Mutter zu 10 Cbcm. Schon 2 Stunden nach der Injection trat beim Knaben gleichmässige Röthe des Gesichts und der Hände, Jucken des ganzen Körpers, Hyperaemie der Conjunctiven und ein Nesselausschlag auf. Am folgenden Tage: Conjunctivitis, Masernartiges Exanthem, Schmerzen in der linken Schulter und linkem Beine mit Parese desselben, leichtes Oedem des Gesichts, der Ohren und Vorderarme. Am 31. October schwand die Parese, in der Nacht aber erwachte der Knabe mit starken Schmerzen im rechten Beine und Handgelenke mit Parese derselben, die aber bald vorübergingen. Dagegen traten am 1. November Schmerzen beim Schlucken, in den Kaumuskeln und in der rechten Submaxillardrüse, die auch etwas vergrössert war. In den folgenden 3 Tagen fühlte sich der Knabe, abgesehen von hie und da erscheinenden Nesselausschlägen, gut. In der Nacht des 4. November entwickelten sich mit grosser Heftigkeit folgende Erscheinungen: Starker Schmerz und rasche Anschwellung beider Lippen, Schmerz im Caput penis, in den Hoden und Brustmuskeln, starkes Oedem des Gesichts, der Hände und Füsse, ein heftig juckender Nesselausschlag am ganzen Körper, Schmerzen in den Gelenken der oberen und unteren Extremitäten und Paralyse der letzteren, Schüttelfrost, Convulsionen, Urindrang, Durst, Temperatur 39,2; Puls klein, arythmisch, 120. Allmählig unter dem Gebrauch von Chloralhydrat und Chininum bromatum schwanden diese Erscheinungen etwa zum 20. November. der Puls blieb aber intermittirend und arythmisch. Der Knabe sieht amaemisch aus und fühlt sich schwach. Auch bei den übrigen Kindern entwickelten sich in den nach der Injection folgenden Tagen theilweise dieselben Erscheinungen, aber in einem viel geringeren Grade. Gleichzeitig erkrankte in einer anderen Familie ein 4-jähriges Mädchen, dem 20 Cbcm. (Roux) injicirt wurde. 8 Tage nach der Injection entwickelten sich beim Kinde dieselben Erscheinungen wie bei dem vorhererwähnten Knaben. Verschiedene andere Ausschläge, scharlachartige und masernartige, mit mehr oder weniger gestörtem Allgemeinbefinden, hatte Verfasser noch in 20 anderen Fällen die Gelegenheit zu beobachten. Er glaubt, dass das Heilserum selbst beim Zustandekommen all' dieser Erscheinungen nicht beschuldigt werden kann, da beide Arten desselben, aus verschiedenen Stellen bezogen, die gleichen Erscheinungen hervorriefen. Es handele sich nach ihm vielmehr um eine Idiosynkrasie der betreffenden Patienten. A. Sacher.

Wratschebnija Sapisski Nr. 1—6 incl. Januar bis März 1896.

P. P. Michailow: «Cholecystostomie bei Verschluss des ductus cysticus». (Nr. 1).

Der Fall, welcher die Veröffentlichung veranlasste, betraf eine Frau von 26 Jahren, die mit einem grossen beweglichen Abdominaltumor ins Hospital aufgenommen wurde. Die Geschwulst reichte vom rechten Hypochondrium herab bis zur spina ant. sup. dextra, besass eine glatte Oberfläche weichelastische Consistenz und hing mit der Leber zusammen. Es wurde die Diagnose gestellt: hydrops vesicae felleae bedingt durch Verschluss des ductus cysticus durch Gallensteine, obgleich die für letztere charakteristischen Symptome nicht deutlich ausgesprochen waren. Eine zweizeitig vorgenommene Cholecystostomie bestätigte die Diagnose.

Im Anschlusse an die ausführliche Beschreibung seines Falles und der Operation. bespricht Verf. die sonst üblichen und empfohlenen chirurgischen Verfahren anderer Autoren.

W. N. Schnaubert: «Ueber die Wirkung der Milchdiät auf die Verdauungsorgane». (Nr. 1 und 2).

Die Abhandlung, in welcher uns vom Verf. eine zusammenfassende Uebersicht über den augenblicklichen Stand der Frage in Betreff der Milchdiät geboten wird, bringt im Ganzen nichts neues. Im ersten Theile der Arbeit werden die chemischen Veränderungen, welchen die einzelnen Bestandtheile der Milch im Organismus unterworfen sind, genauer besprochen, im zweiten Theile wird die Wirkung der Milchdiät auf die Verdauungsorgane näher erörtert.

A. W. Nagubnow: «Beitrag zur Therapie des Erysipels». (Nr. 2).

Nagubnow hat in seiner Eigenschaft als Landarzt viele Erysipelkranke in Behandlung gehabt und hat das von Nussbaum empfohlene Ichtyol an 200 Kranken mit gutem Erfolge angewandt. Er verordnete das Ichtyolammonium in einer Verbindung mit Vaselin und Lanolin, indem er diese Salbe durch einen Verband, bei Gesichtsrose durch eine Maske fixirte.

Verfasser nennt uns folgendes Recept:

Ichtyol ammonii	10,0 resp. 20,0
Vaselini flavi Americ.	5,0
Lanolini	15,0

D. M. Glagolew: «Zur Ammenfrage». (Nr. 2).

In Glagolew erblicken wir gleichfalls einen Anhänger und energischen Vertreter der Anschauung, eine jede Mutter müsse es als moralische Pflicht ansehen ihr eigenes Kind selbst zu säugen, falls natürlich keine Contraindicationen vorliegen, die solches zu thun verbieten. Diese Anschauung verbreitet sich heutzutage immer mehr zum Wohle der heranwachsenden Menschheit. Und deshalb begegnen wir auch in der Arbeit Verfassers vielen bekannten Dingen. So mancher Gesichtspunkt Glagolew's könnte aber vielleicht einiges Interesse bieten. Fürs Kind giebt es nichts geeigneteres als Muttermilch in den ersten Lebensmonaten. Darüber ist man allgemein einig. Verf. möchte es aber auch betonen, dass das Ernähren ein Act sei, welcher der Mutter Gesundheit und Kraft geben und erhalten könnte, natürlich wenn sie das Säugen rationell anstellt. Für beide Theile, sowohl Mutter als auch Kind, pflegt der übermässige Pflichteifer mancher jungen Mutter schädlich zu werden, welche das Kind auch Nachts mehrmals an die Brust legt aus Angst, das Kind könnte zu hungrig sein.

Glagolew steht auf dem Standpunkt, hat eine Mutter nicht genügend Milch, so ist darin keine Indication vorhanden eine Amme zu nehmen; man beginne dann dem Kinde dazwischen andere Surrogate der Milch zu reichen; wird eine Zufütterung rationell, nach bestimmten Regeln vorgenommen, so könne es dem Kinde nichts schaden. Man verabfolge nun zwischen den einzelnen Mahlzeiten der Muttermilch dem Kinde bis zum III. Monate das Gemisch nach Biedert, später Manna auf Milch: man nehme auf 8 Esslöffel Milch 1 Theelöffel Mannagrütze. Manna ist in sofern ein geeignetes Surrogat, dass nämlich die Milch bei Mannazusatz nicht in grossen Klumpen zu gerinnen pflegt. Reiss, Hafergrütze, Nestlemehl enthalten zu viel Stärke und sind deshalb nicht ganz geeignet.

Gewöhnlich wird man ohne Zufütterung mit Kuh-Milch auskommen. Hat die Mutter schon zu wenig Milch, dann kann diese vorgenommen werden nach der üblichen Art und Weise.

Glagolew's Meinung ist, dass ein Kind vom V. Lebensmonate an, die ernährende Mutter oder Amme mag ganz genügend Milch besitzen, unbedingt mit Surrogaten zugefüttert werden müsse. Je länger man dem Kinde nur Brustmilch geben wird, um so schwerer wird das Entwöhnen werden, denn alte Brustmilch sei bedeutend zuckerreicher, süsser. Das Kind nimmt dann späterhin nur ungern andere Nahrung.

Die grosse Abneigung Verfassers einem Kinde Ammenmilch zu geben, erklärt sich durch die grosse Schwierigkeit in Moskau gute Ammen zu verschaffen. Die %-Zahl der luetischen Frauen unter den Ammen ist eine ungeheuer grosse in Moskau, und darin liegt nun eine schreckliche Gefahr, nämlich die der Einschleppung von Syphilis in gesunde Familien durch kranke Ammen. Man bedenke stets beim Empfehlen einer Amme, dass sie im Incubationsstadium der Syphilis sich befinden könne, worauf man auch die Eltern aufmerksam machen soll. Denn in den Ammenasylen füttern die Frauen nicht nur ihre eigenen, sondern auch fremde Kinder, und wie leicht mag da ein krankes darunter sich befinden.

W. N. Schnaubert: «Ueber die Wirkung der Milchdiät auf die Harnabsonderung». (Nr. 3 und 4).

Schnaubert hat die Wirkung der Milch auf Harn und Harnabsonderung beim gesunden Menschen einer Prüfung unterzogen, weil er die bisher angestellten Untersuchungen wegen vieler vorhandenen Fehlerquellen nicht für richtig erachten musste. Das Wasser ist an und für sich ein Diureticum. Denn bei vermehrter Wasserzufuhr wächst die Harnmenge, und zwar nicht proportional der Quantität des zugeführten Wassers, sondern in steigendem Verhältniss. Zweitens steigt zugleich mit der Wasserausfuhr die Menge der

festen Bestandtheile, unter denen drittens der Harnstoff zunimmt und die Harnsäure dagegen abnimmt. Aus diesen Gründen liegt natürlich die Annahme nahe, dass man in der Milch, ebenso in dem Wasser ein Diureticum besitze. Einige sind nun auch dieser Meinung, andere wollen jedoch der Milch nicht eine solche physiologische Wirkung zuschreiben.

Schnaubert ist durch seine Versuche zu folgendem Ergebniss gelangt:

1) Zuweilen besitzt die Milch in mässigem Grade harntreibende Eigenschaft. Diese Erscheinung ist jedoch nicht beständig.

2) Die diuretische Eigenschaft der Milch ist am ausgeprägtesten bei ausschliesslicher Milchdiät; beim Hinzufügen zur Milch einer anderen Speise oder Flüssigkeit nimmt sie ab.

3) In Bezug auf Wasserausfuhr aus dem Organismus ist die Milchdiät sehr ähnlich einer gemischten Kost, die ihr dem Wassergehalte nach aequivalent ist. Der Uebergang zu reichlicherem Genusse von Milch ist der Wirkung nach ähnlich einer vermehrten Wasserzufuhr im allgemeinen. Der Uebergang zur spärlichen Milchdiät ist gleichwerthig einer Entziehung von Flüssigkeit überhaupt.

4) Die abgesonderte Harnmenge bei der Milchdiät ist bedingt sowohl von dem Wasservorrath im Organismus, als auch von der unabhängigen Thätigkeit der Nieren.

5) Bei vermehrter Wasserausfuhr durch den Darm (Diarrhoe) oder durch die Haut (Schweiss) während einer Milchdiät vermindert sich die abgesonderte Harnmenge.

A. J. Lapschin: «Die Diazoreaction beim Abdominaltyphus» (Nr. 3).

Um die Wichtigkeit einer Diazoreaction für das Krankheitsbild eines Abdominaltyphus zu erniren, da die diesbezüglichen Ansichten der einzelnen Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, sich diametral entgegenstehen, hat Verfasser gegen 300 Harnproben von 42 Typhuskranken einer Prüfung unterzogen. In 5 Fällen, also in 12 % musste ein Fehlen der Reaction constatirt werden. Dabei muss aber der Umstand berücksichtigt werden, dass in diesen 5 Fällen eine Untersuchung des Harns erst zu Beginn der III. Woche angestellt werden konnte. Lapschin hält das Vorkommen der Diazoreaction in der II Woche der Erkrankung für beständig, und diese Reaction im Ganzen characteristisch für den Abdominaltyphus. Folgende Ansicht anderer Untersucher kann er jedoch nicht theilen, dass nämlich ein Schwinden der Reaction ein Vorbote des baldigen Sinkens der Temperatur sein solle; in der Mehrzahl der Fälle konnte er erst nach dem Eintreten der Morgen-Remissionen das Schwinden der Diazoreaction bemerken.

Von den noch ausserdem untersuchten Fällen fehlten bei 20 Pneumoniekranken 13 mal die Reaction: bei 6 Influenzaerkrankungen war kein einziges mal eine Diazoreaction vorhanden. Dagegen wohl aber in sämmtlichen 12 Fällen von Flecktyphus.

Lapschin's Endschluss ist folgender: die Diazoreaction ist für die Diagnose eines Abdominaltyphus nur dann entscheidend, wenn ein Flecktyphus ausgeschlossen ist. Schwankt man noch zwischen der Diagnose eines exanthematischen und eines Abdominaltyphus so hat die Diazoreaction absolut keine Bedeutung.

A. J. Panow: «Ein Fall von Luxatio claviculae nach hinten». (Nr. 4).

Im Acromio-claviculargelenke werden von Verrenkungen gewöhnlich folgende zwei beschrieben: entweder Verlagerung der extremitas acromialis claviculae über das acromion scapulae oder unter dasselbe. Die erstere Form ist relativ die häufigere von beiden. Theoretisch lassen sich noch zwei andere Luxationen an diesem Gelenke construiren, nämlich die nach hinten und nach vorne. Durch die obwaltenden anatomischen Verhältnisse ist ihr Zustandekommen aber ein bedeutend schwierigeres. In Lehrbüchern wird wenigstens diese Möglichkeit nur oberflächlich oder garnicht berührt. Dass aber derartige Luxationen de facto vorkommen, ist durch den von Panow beobachteten und publicirten Fall einer Luxation der clavicula nach hinten ersichtlich. Schon bei der Palpation und klinischen Untersuchung konnte die Diagnose beinahe mit Bestimmtheit gestellt werden, betrachtete man noch die Anamnese, dass Pat. nach seinen Angaben, auf der Strasse von hinten ein schnell heranfahrender Fuhrmann mit der Wagenstange mit grosser Vehemenz gegen das rechte Schulterblatt gestossen hatte. Die nach hinten verlagerte Clavicula konnte durchpalpirt werden; weder abnorme Beweglichkeit und Crepitation, noch auch besondere Schmerzhaftigkeit vorhanden. Bewegungen in der Schulter waren frei mit Ausnahme der Abduction, die nur bis zu einem Winkel von 80° möglich war. Eine Reposition war möglich, doch konnte dauernde Fixation durch keinen Verband erzielt werden. Dieses geschah auf blutigem Wege durch eine Knochennaht in der Narcose; durch die Operation wurde die oben gestellte Diagnose bestätigt.

In Anbetracht der erzielten Heilung plaidirt Verf. für ein operatives Vorgehen auch bei anderen Verrenkungen, da solches beim hohen Stand der Chirurgie heutzutage nicht gefährlich sei.

E. J. Stolkind: «Beitrag zur Casuistik des Hautemphysems». (Nr. 5).

Das vorkommen eines Hautemphysems nicht traumatischen Ursprungs stellt eine relativ seltene Erscheinung dar. Deshalb sind auch die in der Literatur bisher publicirten Fälle dieser Krankheitsform nicht zahlreich. Verf. reiht nun noch einen von ihm beobachteten Fall hinzu. Es handelte sich um eine Frau, gravid im VII Monat, bei der sich zunächst im Auschluss an eine Influenza eine catarrhalische Pneumonie im linken unteren Lungenlappen und ein vicariirendes Emphysem der freigebliebenen Partien derselben Lunge ausbildeten. Nach einem heftigen Hustenanfall, verbunden mit starkem Schmerzgefühl in der Brust, entwickelte sich eine Anschwellung der rechten Gesichtshälfte, der oberen Extremitäten, des Halses und Thorax; mit diesen Erscheinungen wurde Pat. ins Hospital aufgenommen, wo ein bestehendes Hautemphysem diagnosticirt werden musste. Dasselbe bestand im ganzen 25 Tage und wich nur langsam. Verf. glaubt nun auf folgende Weise sich das Entstehen des Hautemphysems erklären zu können: Bei dem heftigen oben erwähnten Hustenanfall zerrissen die ohnehin durchs das vicariirende Lungenemphysem gedehnten Lungenalveolen. Während des verstärkten Inspiriums gelang die Luft in die Interstitien-interstitielles Emphysem, und von dort weiter längs der Lungenwurzel ins Mediastinum anticum. Aus dem letzteren verbreitete sich die Luft längs dem Zellgewebe unter die Haut des Halses, Gesichtes, Thorax und der oberen Extremitäten.

P. A. Preobrashensky: «Ein Fall von paranoia periodica».

Die spärliche Zahl von 5 Fällen von paranoia periodica, welche Verf. in der Literatur gefunden und zu Beginn seiner Publication in Kürze mittheilt, bereichert er noch durch einen von ihm in der Klinik beobachteten Fall. Es ist eine seltene Psychose, und um so mehr müssen wir Verf. dankbar sein, für die genaue Ausführung der Krankengeschichte. Es wäre wohl der Mühe werth, diese Arbeit in extenso zu übersetzen. Das gehört aber nicht hierher. Wir können nur kurz erwähnen, dass bei der 42-jährigen Patientin, bei welcher sich nervöse erbliche Belastung und Anzeichen von psychischer Degeneration constatiren liessen, nach kürzere oder längere Zeit dauernden Intervallen sich Anfälle von Geistesstörung mit Verfolgungswahn wiederholten. Desgleichen waren jedesmal diesbezügliche Gesichts- und Gehörshallucinationen vorhanden. Symptome von Hysterie mussten auch constatirt werden. Preobrashensky meint seinen Fall als paranoia periodica, entstanden auf hysterischer Grundlage, auffassen zu können. Grössenwahnideen waren nicht vorhanden; dieselben treten ja gewöhnlich auch im späteren Verlauf der Krankheit erst auf.

Hecker.

Eshenedelnik 34 – 52. incl.

A. Zuckermann: «Einiges über Malaria bei Kindern». (Nr. 34).

Die günstige Wirkung des Chinins bleibt bei der Kindermalaria oft aus, wie überhaupt der Verlauf ein abweichender ist: Schweiss- und Frostperioden fehlen gewöhnlich, öfters gesellen sich Durchfälle hinzu, unregelmässige Temperaturschwankungen, nie fällt die Temperatur bis zur Norm ab. Verf. der 47 Fälle von Malaria bei Kindern beobachtet, wendet folgende Lösung an: Tinct. Eucalypti glob., Spirit vini dil. aa 8,0; Chinin. mur. 2,0; Chinoidini 1,25–2,0; Acid. mur. dil. q. s. ad. sol. 20–40 Tropfen 5 mal tägl.

P. Loschtschilow: «Ueber die Behandlung hartnäckiger Malariafälle». (Nr. 34).

L. bestätigt die gute Wirkung der Combination von Chinin und Eucalyptus.

M. Kalmikow: «Ueber die Anwendung des Diphtherie — Heilserums in der Landpraxis». (Nr. 35).

K. wandte das Antitoxin in 11 Fällen an, 3 starben, 8 genasen, unter Letzteren litten 4 an Lähmung der Schlundmusculatur, einer ausserdem an Oesophaguslähmung und eine Frau an Parese der Nerven aller Extremitäten.

M. Kreps: «Ueber einige Fälle perverser Sexualempfindung». (Nr. 36).

Allgemeine Bemerkungen über «Masochismus», «Algolagnie» (Schrenk—Notzing) etc. und Anführung einiger Krankengeschichten von Krafft — Ebing.

J. Lwow: «Tannigen bei Durchfällen». (Nr. 38).

Verf. wandte Tannigen bei chronischen Darmcatarrhen kleiner Kinder an 0,05—0,15 3 mal täglich mit gutem Erfolg. Alsdann bei acuten Darmcatarrhen, nachdem Ol. Ricini verabfolgt war, schliesslich in 6 Fällen von Dysenterie bei Kindern, wobei Verf. den Eindruck gewonnen hat, dass der Verlauf abgekürzt war.

J. Schmuckler: «Ueber die Behandlung der Fracturen mit Massage». (Nr. 38).

Verf. zieht eine Parallele zwischen der früheren Behandlungsmethode der Facturen und der jetzigen. Da die Wiederherstellung der Lymph- und Blutcirculation von grosser Wichtigkeit ist, so ist auf diese Verhältnisse streng zu achten. Verf. behandelte ein 10-jähriges Mädchen mit einem Unterarmbruch vom zweiten Tage an mit Massage.

S. Goldenberg: «Syphilitische Reinfection». (Nr. 37).

Die ein Mal durchgemachte syphilitische Infection schützt nicht vor einer zweiten, wie Verf. in zwei Fällen beobachtet hat.

J. Fomiliant: «Ueber die Wanderleber». (Nr. 39).

Die Ursche der Wanderleber besteht in Erschlaffung der Bauchdecken und Dehnung der Ligamente, die gewöhnlich als Folge ungenügender Involution nach mehrfachen Geburten nachbleibt. Bei einer 38-jährigen Frau beobachtete Verf. dass der obere Leberrand 2 Finger über Nabelhöhe stand, der untere reichte bis in die Inguinalgegend. In horizontaler Lage liess sich die Leber in ihre normale Lage redressiren.

D. Pokrowsky: «Zur Charakteristik der Methylenblau-Reaction auf Bilirubin». (Nr. 40).

Vorläufige Mittheilung.

Zu einer wässrigen Lösung Methylenblau (1:30,000—40,000) fügt man tropfenweise Harn hinzu, wobei die Lösung ein smaragd-grünes Aussehen annimmt oder man fügt zum icterischen Harn tropfenweise eine 0,1 ‰ Methylenblau-Lösung hinzu.

P. Loschtschilow: «Kurze therapeutische Notizen».

Bei hartnäckigem Schnupfen (nach Influenza) empfiehlt Verf. nach Abtrocknung der Nasenhöhle Bepinselung mit 2% Arg. nitr.-Lösung, anfangs dreistündlich. Nach 3—5 Tagen Besserung od. Heilung. — Gegen Lumbago empfiehlt Verf. Morphiuminjectionen.

A. Abramowitsch: «Ueber die Nebenwirkungen des Calomels in abführenden Dosen». (Nr. 41).

Bei innerlichem Gebrauch von Calomel tritt entweder eine Affection des Darmcanals als einzige Wirkung der Intoxication auf, oder dieselbe ist eine allgemeine. Oft findet man nach Calomelgebrauch Empfindlichkeit des colon descendens und der flex. Sigmoidea. Bei Schwer-Kranken muss man bei der Wahl der Dosis sehr vorsichtig zu Werke gehen, da sehr leicht Schwächezustände eintreten können.

Eine Frau, die im Laufe von 12 Stunden Calomel 0,8 eingenommen hatte, wies nach wenigen Stunden das Bild der Quecksilbervergiftung auf: ulceröse Stomatitis, erhöhte Temperatur, Eiweiss im Harn, Oedem der unteren Extremitäten. Es ist rathsamer grössere Dosen (0,3—0,5) 1—2 stündlich bis zur Wirkung zu geben, als fortgesetzt kleine Dosen, weil das Hg. im ersten Fall schneller ausgeschieden wird.

W. Dagelaisky: «Die moderne Eisentherapie». (Nr. 42).

Ein Streiflicht über die Auffassung verschiedener Autoren in der Eisenfrage und Besprechung der neuen Praeparate, wie Haemogallol, Haemol, Ferratin und Carniferrin.

G. Turner: «Ueber Desmurgie und Mechanurgie». (Nr. 43). Antrittsvorlesung:

Verf. entrollt in kurzen Zügen ein Bild von der Entwickelung der Chirurgie, bespricht die Asepsis, Antisepsis, die Narkose etc.

J. Rubinstein: «Ueber die ambulatorische Behandlung weiblicher Genitalerkrankungen mit Massage». (Nr.Nr. 44 und 46).

R., der an 90 Kranken die gynäcologische Massage ambulatorisch angewandt, spricht sich sehr zu Gunsten derselben aus. Die Massage wurde bei chronisch entzündlichen Zuständen (Para- Perimetritis, Oophoritis) bei Lageveränderungen (fixirte und mobile Retroflexio), Subinvolutio uteri, Metritis chr. etc. angewandt. Als Kriterium über den Erfolg der Massage kann der Grad der Beweglichkeit eines vor Anwendung der Massage fixirten Theiles und andererseits der Grad der Empfindlichkeit, den Pat. vorher bei Anspannung der fixirten Theile empfunden hat, dienen: die Beweglichkeit wird freier und unempfindlich, die Schmerzhaftigkeit auf Druck nimmt ab oder hört auf.

W. Rosenberg: «Ueber die Behandlung mit Antidiphtherie-Serum». (Nr. 47).

R. hat bei 13 grösstentheils schweren Fällen das Aronson'sche und Behring'sche Heilserum angewandt, von 13 Kindern starben 2.

J. Schmuckler: «Empyem der Highmorshöhle unter dem Bilde eines eitrigen Nasencatarrhs». (Nr. 48).

Aus der Nasenhöhle führte ein Fistelgang in die Highmorshöhle, aus dieser wieder ein solcher in die Mundhöhle, über dem linken Alveolarfortsatz mündend. Beide Fistelgänge wurden dilatirt und Jodoformgaze eingeführt, nach wenigen Wochen vollkommene Heilung.

L. Setschkarew: «Praktische Beobachtungen über die Anwendung des Diphtherie- Heilserums im Kampf gegen Diphtherie- Epidemie». (Nr. 48).

Verf. hat 100 Injectionen zu Heilzwecken, und 246 prophylactische Einspritzungen gemacht. Von 100 genasen 81, starben 19. Unter der bäuerlichen Bevölkerung, wo eine Isolirung unmöglich, ist die prophylactische Injection von grossem Werth.

G. Selensky: «Einiges über Influenza- Complicationen». (Nr. 49).

Verf. beobachtete 8 Mal bei Kindern im Anschluss an Influenza Meningitis, sämmtlich mit tödtlichem Ausgang. Als anderweitige Complicationen werden Periostitis tibiae und allgemeine Gelenkschwellungen unter dem Bilde des acuten Gelenkrheumatismus beobachtet.

A. Pjassetzky: «Ueber die Ursache und Behandlung häufig wiederkehrender Lungenblutungen bei Lungentuberculose». (Nr. 50).

P. behandelte eine 58 jährige Kranke, die wiederholt an Haemoptoe gelitten bei verhältnissmässig geringem Hustenreiz. Die Therapie bestand in Ligatur der Extremitäten nach Seitz und subcutanen Injectionen von Acid. sclerotin., Ergot. Bombelon und Ergot. dialys. Wernich. Nach letzterem trat Besserung ein, Tod an Lungenblutungen nach mehreren Monaten. Als Hauptursache der Haemoptoe sieht Verf. neben Hustenanfällen die Zunahme des Blutdruckes im kleinen Kreislauf an, welche ihrerseits ihren Grund in der Bildung von Cavernen hat. Die Gefässe thrombosiren vielfach, obliteriren und werden undurchgängig. Die durch den tuberculösen Process noch nicht ergriffenen Gefässe dilatiren, werden bei der allgemeinen Ernährungsstörung brüchig, und geben zur Bildung kleiner Aneurysmen Anlass. Ausserdem erschwert die Blutdrucksteigerung die Verstopfung durch ein Blutgerinsel. In analoger Weise kann ein Pneumothorax eine Steigerung des Blutdruckes bilden. Die gangbaren Styptica oder Inhalationen sind nutzlos, am wirksamsten ist noch das Wernich'sche Ergotin subcutan mit Morphium.

Lingen.

Medicina № 1—7.

Prof. A. Gubarew: «Ueber den Einfluss des partiellen Defectes der Vagina auf die Menstruation nebst practischen Bemerkungen über die operative Behandlung des Hämatocolpos». (Nr. 1).

Bei der 23 jährigen, gut entwickelten Patientin fand G. an Stelle der Vagina einen circa 1 cm. langen Blindsack. Zwei cm. höher konnte per Rectum eine pralle, fluctuirende Geschwulst gefühlt werden, an die sich unmittelbar eine zweite derbe Geschwulst anschloss, die bis 2 Fingerbreit unter den Nabel reichte. Seit dem 14. Jahre bestanden Molimina menstrualia, die mit der Zeit an Intensität bedeutend abnahmen. Zur Besichtigung der Atresie wurde zuerst ein H. förmiger Schnitt in der Kuppe des Blindsackes angelegt, das Zellgewebe

darüber unter steter Controlle von Seiten der Blase und des Rectum stumpf durchtrennt bis zur sich vorwölbenden Geschwulst, die vermittelst eines Troicart von ihrem theerfarbenen, dickflüssigen Inhalt befreit wurde. Die mit dem Messer erweiterte Wunde wurde durch Nähte mit der Wunde des unteren Abschnittes der Vagina vereinigt. Prima intentio. Am sechsten Tage nach der Operation erfolgte die erste normale Menstruation, die sich dann alle 4 Wochen wiederholte.

P. Bondarew: «Beobachtungen über das Diphtherieheilserum in der Landpraxis». (Nr. 1).

B. beschreibt genau den Verlauf bei 16 theilweise schweren, mit Serum behandelten Diphtheriefällen, von denen 4 starben. Leider verfügte Autor über zu geringe Mengen Serum, so dass ein grösserer Theil von Diphtheritischen ohne Injectionen behandelt werden musste. Von letzteren starben circa 75 Proc.

N. Korolew: «Zur Statistik der Tracheotomie bei Diphtherie» (Nr. 2).

Im Verlauf von 2 Jahren (1889/90, 1891/92) beobachtete K. im Wladimirkinderhospital (Moskau) 772 Diphtheriekranke, darunter 284 mit Laryngitis, von denen 131 von K. tracheotomirt wurden. 16 unter diesen waren mit Scharlach oder Masern complicirt; die übrigen 115 Patienten mit reiner Diphtherie standen im Alter von 1—12 Jahren und ergaben in 41 Proc. Genesung. Unter den Todesursachen nahmen den ersten Platz ein diphtheritische Bronchitis (36 Mal), Pneumonie (11 Mal), diphtheritische Allgemeininfection (15 Mal). Autor führte stets, wo es anging, die Frühoperation aus und weist mit Recht auf die ausschlaggebende und noch immer wenig bekannte Bedeutung des Pulses bei Stellung der Indication zur Tracheotomie hin. Bei Kindern unter 7 Jahren wurde meist die Tracheotomia inferior, bei älteren Kindern die Tracheotomia superior gemacht.

Im Allgemeinen waren von 1877—93 unter 3932 Diphtheriekranken desselben Krankenhauses 1517 mit Larynxaffection, von denen 679 tracheotomirt wurden mit 27 Proc. Genesungen. In 75 Proc. der Todesfälle waren Bronchitis crouposa und sekundäre Pneumonie die Todesursache.

N. Shdan-Puschkin: «Ueber den Einfluss der localen Erwärmung der Magengegend auf die Magenthätigkeit». (Nr. 3, 4).

Die Untersuchungen wurden in der Klinik des Professors Tschudnowsky an vollkommen gesunden Leuten ausgeführt, denen entweder eine japanische Warmekassette auf ¾ Std. oder eine Compresse échauffante auf 3¼ Std. applicirt worden war. Dabei gelangte Autor zu folgenden Resultaten: Die Magensecretion und der gesammte Säuregehalt nahmen zu. Während die Menge der freien Salzsäure stieg, nahm die Menge der gebundenen ab, zugleich damit auch die Bildung von Milch- und anderen Säuren. Die Verdauungskraft und motorische Thätigkeit des Magens stiegen. Alle diese Veränderungen hielten einige Stunden bis einige Tage vor.

B. Schapirow: «Zur Lehre von den Fermenten der Magenverdauung». (Nr. 4).

Das Verschwinden der Peptone aus dem Verdauungscanal und das Fehlen derselben in Blut und Lymphe wird, wie unlängst Okunjew gezeigt hat, durch Verwandeln der Peptone in Anhydride des Eiweisses (Albuminisation) bedingt. Diese Albuminisation ist eine biologische Function des Chymosins und geht hauptsächlich im Magen und Darm vor sich. Ausser diesem «plastischen» Ferment aber giebt es nach den Untersuchungen des Autors, die in Prof. A. Danilewsky's Laboratorium ausgeführt wurden, noch ein zweites Agens, das zwar nicht direct das Eiweiss und Pepton verändern kann, dagegen die Wirkung des Chymosins auf diese Körper günstig beeinflusst. Dieses Agens nennt S. «Stimulin». Dasselbe ist ein organischer Körper und findet sich im Gewebe im gebundenen und freien Zustand. Das Stimulin verstärkt die Wirkung des Chymosins nicht nur bei Veränderung des Kaseins der Milch, sondern auch des Peptons. Das Stimulin wird nicht von den Pepsindrüsen der Magenschleimhaut geliefert. Es kann sich zur Zeit der Verdauung nur aus den Protoplasmatheilen der thierischen und pflanzlichen Gewebe entwickeln. Die verschiedenen Zubereitungsarten der Speisen werden nicht ohne Einfluss auf die Kraft des Stimulins bleiben können und ist es daher wahrscheinlich, dass rohe oder der Hitze wenig ausgesetzte Speisen vortheilhafter für die Production des Stimulins sind, als längere Zeit der Hitze ausgesetzte Speisen.

O. Wolfkowitsch: «Materialien zum Vergleich der Wirksamkeit des Borshomer und Vichywassers auf die Secretion des Magensaftes». (Nr. 5).

W. stellte Versuche an 15 Patienten der S. Wassiljew'schen Klinik an und kam zu folgenden Resultaten: Beide Mineralwasser vermehrten den gesammten Salzsäuregehalt des Magensaftes, wobei Borshom etwas energischer wirkte. Die Resorptionsfähigkeit und motorische Thätigkeit des Magens wurden wenig verändert. Das Körpergewicht nahm bei 6 Patienten zu. Bei Subacidität des Magensaftes war die Einnahme von ½ Glas Borshom oder Vichy 1 Stunde vor dem Essen sehr nützlich, auch hier musste Borshom der Vorzug gegeben werden. Günstig wirkten beide Wasser auch bei völligem Fehlen von Salzsäure, besonders, wenn nach dem Essen noch Salzsäure gegeben wurde.

G. Rubinstein: «Eine Vereinfachung der Ehrlich'schen Methode des Blutfärbung». (Nr. 5).

Die präparirten Deckgläschen werden mit der Blutfläche nach unten auf das eine Ende einer kupfernen Platte gelegt, deren anderes Ende erhitzt wird und nach circa 1 Min. gefärbt in Ehrlich's Triacidlösung (8 Min.).

S. Jaroschewsky: «Der Kampf mit der Diphtherie im Zusammenhang mit der Diagnose der infectiösen Erkrankungen des Rachens». (Nr. 6).

In einer Familie erkrankte ein 12jähriges Mädchen an typischer Angina follicularis, nach einiger Zeit, ohne weitere Infectionsmöglichkeit, 2 jüngere Geschwister an Diphtheria faucium, die nach Injection von Serum schnell heilte. Eine bacteriologische Untersuchung, die gerade in solchen Fällen von grossem Werth scheint, konnte nicht ausgeführt werden. Mit Recht plaidirt daher J. nicht nur in therapeutischem, sondern mehr noch in prophylactischem Interesse für obligatorisch einzuführende bacteriologische Untersuchung aller diphtherie ähnlichen Erkrankungen, was durch Errichtung bacteriologischer Kabinete in jeder Gouvernementsstadt ermöglicht werden könnte. Dieselben müssten jeden Arzt auf Wunsch mit den betreffenden Instrumenten und Nährmaterial zur Anlegung von Kulturen versorgen.

N. Preis: «Die Radicalbehandlung des chronischen Trippers bei Männern». (Nr. 6, 7).

Bei 788 Patienten mit theilweisen bedeutenden Stricturen sah P. sehr gute Resultate von täglichen Einführungen der Beneke'schen Sonden, die nöthigenfalls mit der Sperling'schen Höllensteinsalbe (Arg. nitr. 0,15—0,5, lanolini 10,0, cerae albae 2,0) eingeölt wurden. Die Behandlung dauerte 1—4 Monate.

Prof. J. Kondakow: «Ueber die Polemik in Veranlassung meiner Recension des «Kurs der Pharmacie» von Tichomirow». (Nr. 7).

Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (November, December 1895, Januar 1896).

E. Kieber: «Bericht über die pathologisch- anatomische Abtheilung des Marinehospitals in Nicolajew 1893. Schluss. (November, December).

A. Woloschin: «Einige pathologisch- anatomische Daten über die Choleraepidemie in Kronstadt 1894». (November, December).

Vom 14. Juni bis 20. August 1894 hatte W. Gelegenheit 40 Choleraleichen zu seciren. 8 Mal war der Tod im Verlauf der ersten 24 Stunden eingetreten, 15 Mal am zweiten oder dritten Tage und in 12 Fällen nach 5 Tagen. Es wurden beinahe in allen Organen bedeutende Veränderungen gefunden. Sogar in den einzelnen Fällen, wo die Thyreoidea, die Speichel- und Lymphdrüsen einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen worden waren, konnten Nekrose und fettige Degeneration der Zellelemente constatirt werden. Besonders ausgeprägt war die Nekrose bei schnell tötlich verlaufenen Erkrankungen, während in den sich längere Zeit hinziehenden Fällen mehr die fettige Degeneration und der Zerfall der nekrotischen Theile ins Auge fiel. Doch auch hierbei trat in Abhängigkeit von der Function der einzelnen Organe diese oder jene Veränderung mehr hervor. So prävalirte im Herzmuskel die fettige Degeneration, in Leber, Nieren und Dünndarm die Nekrose mit Zerfall, im Gehirn die von Vakuolenbildung begleitete Degeneration. Der Zerfall der einzelnen Theile des Zellprotoplasma, und die schwache, diffuse Kernfärbung, die häufig in vielen Organen angetroffen wurde, scheint bereits das erste Zeichen der Genesung der Zelle zu sein, die den abgestorbenen Theil des Protoplasma von sich

losstösst. Das Auftreten von Pigment in Leber und Hirn deuten auf beträchtliche Zerstörung der rothen Blutkörperchen hin. Als Quelle dieser Zerstörung können sowohl die zahlreichen Blutungen in verschiedenen Organen, als auch die Veränderungen der rothen Blutkörperchen im Gefässsystem dienen. Auf jeden Fall begünstigt eine solche Pigmentanhäufung die Degeneration der Zellen.

A. Tschemolossow: «2 Monate in der Moskauer Augenklinik». (December).

W. Hildebrandt: «Colitis ulcerosa purulenta». (Januar).

Der 14-jährige Kadett erkrankte ohne bekannte Ursache an Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen. Die Zunge war stark belegt, die Temperatur 38,2°. Am nächsten Morgen stellten sich starker Durchfall ohne Tenesmen ein, der Stuhl war dünnflüssig, blutig, die Gegend des colon ascendens und transversum schmerzhaft. In den nächsten Tagen wurden unter Temperaturerhöhung Milzschwellung und Albuminurie constatirt, der Stuhl enthielt (auch mikroskopisch nachweisbar) eine Menge Eiter, so dass sogar der Geruch an Eiter erinnerte. Erst allmählich, nach circa einem Monat, wurde der Stuhl normal, die Schmerzhaftigkeit des Dickdarms nahm ab und Patient genas. Die Aetiologie dieses Falles blieb dunkel; Amoeben konnten im Stuhl nicht nachgewiesen werden.

A. Rehbinder: «Zur Therapie des Erysipelas». (Januar).

Nach Anführung aller mehr oder weniger erfolgreichen Behandlungsmethoden des Erysipelas empfiehlt Autor zum Bepinseln der erkrankten Hautpartie eine Lösung von Acid. tannic. Camphorae āā 4,0 in Spirt. aether. 30,0, die 4—5 Mal stündlich die erste Zeit aufgetragen werden soll. Bei 102 Fällen, darunter 60 schweren, war das Resultat ein günstiges.

Weyert.

Shurnal russkago obschestwa ochranenija narodnago sdrawija (Nr. 10—12 incl.) 895.

Prof. K. Winogradow: «Ueber das Molluscum contagiosum». (Nr. 10).

Verf. hatte die Gelegenheit einige Molluscumgeschwülste zu untersuchen. Der Bau derselben entsprach vollkommen dem eines gewöhnlichen Epithelioms: radiär angeordnete Fächer, die durch Bindegewebssepta von einander getrennt und mit Epithelzellen gefüllt sind. Die Anordnung der Zellen und das Verhalten derselben zu der darunter liegenden Bindegewebsschicht war ganz dasselbe, wie im Rete Malpighii der Epidermis. Sie erleiden auch dieselben Umwandlungen, wie sie physiologisch in der normalen Haut vor sich gehen: die oberen Schichten des Rete Malpighii verhornen, während in den tieferen eine neue Zellenproliferation stattfindet. Hervorzuheben ist noch, dass in der Umgebung der Geschwülste sich keine Entzündungserscheinungen nachweisen liessen. Ebenso wenig findet man in den Geschwülsten selbst oder in ihrer Umgebung Drüsen oder Haarbälge. Characteristisch für diese Epitheliome sind die sogenannten Molluscumkörperchen, die schon in den jüngsten Zellen des Rete Malpighii enthalten sind. Die Eigenthümlichkeiten dieser Körperchen treten besonders deutlich hervor beim Studium der verschiedenen Entwickelungsstadien im Protoplasma der Epithelzellen, welche der Bindegewebsschicht am nächsten benachbart sind, in Gestalt von runden oder birnförmigen, zuweilen aber auch in Form von undeutlich conturirten, körnigen, glänzenden Klümpchen von der Grösse eines rothen Blutkörperchens. Sie kommen an verschiedenen Stellen des Protoplasmas vor, am häufigsten aber in der Nähe des Zellkerns, mit dem zusammen sie zuweilen von einer Vacuole umgeben sind. Je näher zur äusseren Oberfläche der Geschwulst, desto grösser werden die Molluscumkörperchen, desto inniger liegen sie dem Zellkern an, von dem sie endlich überhaupt nicht zu trennen sind. An den kleinen Körperchen lässt sich bei den besten und stärksten Vergrösserungen, ausser feinster Körnchen, kein anderer Bau unterscheiden. Die Körnchen mittlerer Grösse erscheinen in Form einer Gruppe eng zusammengedrängter, sehr kleiner runder Zellen, in denen ein homogener, heller Kern mit einem glänzenden Kernkörperchen sich unterscheiden lässt neben einer kaum merkbaren Schicht feinkörnigen Protoplasmas. In diesem Stadium treten in den Körperchen oft zahlreiche Vacuolen auf, die zuweilen das ganze Körperchen einnehmen. In einem weiteren Entwickelungsstadium wird der zellige Bau der Molluscumkörperchen immer undeutlicher, die Grenzen ihrer Zellen verwischen allmählich; die Körperchen selbst werden kleiner und compacter und bekommen ein gleichmässig glänzendes Aussehen. Es treten in ihnen runde, ovale, birn- oder spindelförmige glänzende Körperchen auf, die sich von den früheren Zellen durch ihre Grösse unterscheiden. Es unterliegt keinem Zweifel, dass diese allmählich sich umwandelnden Formen der Molluscumkörperchen Vermehrungs- und Wachsthumserscheinungen selbstständiger zelliger Organismen darstellen, die mit den Zellen der Geschwulst in keinem genetischen Zusammenhange stehen. Die Vermehrung des Epithels in den Geschwülsten ist vom Auftreten der Molluscumkörperchen in den Zellen abhängig, da neue Auswüchse des Epithels aus der die Geschwulst umgebenden Haut nur da stattfindet, wo eine Infection des Rete Malpighii durch die Molluscumkörperchen schon eingetreten ist. Das unterliegende Bindegewebe scheint sich dabei ganz passiv zu verhalten, da in ihm weder eine Zellproliferation, noch irgend welche Entzündungserscheinungen zu beobachten sind. Sowohl der Bau der Molluscumkörperchen, wie auch die Entwickelung der Geschwülste selbst, scheinen, soviel es sich nach den microscopischen Präparaten urtheilen lässt, für den parasitären Character der ersteren zu sprechen.

N. Lawjagin: «Ueber die Nothwendigkeit einer gesetzlichen Einschränkung der Verfälschung der Weine». (Nr. 10).

Arbeitsresultate einer besonderen Commission an der Medicinalverwaltung der Stadt Warschau.

P. Lewin: «Zum Schein-Vogel'schen Vortrage». «Zur Lehre von der Untersuchung der Pflanzenöle und einiges über die jetzt übliche Methode der chemischen Analyse der käuflichen Kuhbutter». (Nr. 10).

In seinem in der «Kaukasischen medicinischen Gesellschaft» gehaltenen Vortrage schlug Schein-Vogel eine neue Untersuchungsmethode der Kuhbutter vor, mit der es gelingen sollte sogar 5% einer Beimengung von Pflanzenölen zu derselben nachzuweisen. Man nehme in ein Probirgläschen 5 Kubikcentimeter einer gesättigten Boraxlösung und 5 Tropfen des zu untersuchenden Fettes und schüttele dieselben bei Zimmertemperatur durch, nachdem sie zuerst bis zum Kochen erwärmt wurden. Dabei erhält man entweder eine Emulsion, oder es tritt keine solche ein und das Fett scheidet sich von der Lösung ab. Nur Kuhbutter, Ochsenfett, Fett der Schwänze der kirgisischen Schafe und Olivenöl sollen keine Emulsion geben: alle anderen Fette dagegen und Pflanzenöle geben eine solche. Die jetzt übliche Methode der Analyse der Kuhbutter ist eine ausschliesslich quantitative, die sehr viel Zeit, Uebung und besondere Einrichtungen erfordert, weshalb Verf. es gern übernommen hatte, die Schein-Vogel'sche Methode im St. Petersburger Stadtlaboratorium nachzuprüfen. Die Methode erwies sich als unbrauchbar, da sie oft zu sehr falschen Resultaten führte, weshalb wir so lange bei den alten bewährten wenn auch schwierigeren Methoden verbleiben müssen.

J. Russlow: «Die Choleraepidemie in der Stadt Elzi im Jahre 1893». (Nr. 10).

In allen Stadttheilen kamen 79 Erkrankungen mit 35 Todesfällen (44,3 %) zur Beobachtung. Von diesen starben 18 im stadium algidum (50 %) im Laufe der ersten 48 Stunden vom Beginn der Krankheit. In 13 Fällen (18 %) ging das Stadium algidum ins Choleratyphoid über und in 7 Fällen erfolgte der Tod in diesem letzten Stadium.

N. Kusnezow: «Ueber die Wirkung des Blutegelextractes auf die Gerinnung des Blutes». (Nr. 11).

Résumé: Das Blutegelextract verhindert die Blutgerinnung. Diese seine Wirkung verdankt das Blutegelextract einer in ihm enthaltenen Substanz, die den Propeptonen sehr ähnlich, mit ihnen aber nicht identisch ist und wahrscheinlich ein Derivat derselben darstellt. Die Art der Wirkung dieser Substanz ist derjenigen der Propeptone analog: wahrscheinlich entzieht sie dem Blute die Kalksalze und verhindert dadurch die Bildung des Fibrinfermentes. Eine praktische Anwendung in der physiologischen Technik kann das Blutegelextract nicht finden.

W. Obuchow: «Die oekonomischen Ursachen der Mortalität und Ausartung der Bauern des Gouv. Woronesh (nach landstatistischen Quellen».) (Nr. 11).

A. Sacher.

Дозв. ценз. Спб. 7 Iюня 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 1—14.

E. Kemper: «Die Scharlachepidemie 1893—94». (Nr. 1).

Während dieses Zeitraumes wurden 346 an Scharlach erkrankte Kinder im «Alexander-Barackenhospital» (St. Petersburg) behandelt, von denen 24.6 Proc. starben. Sowohl bei katarrhalischer (17 Proc.) als bei nekrotischer Angina (83 Proc.) konnte im Rachen das Vorhandensein von Streptococcen, ebenso im Blut der Septicämischen nachgewiesen werden. In 11 Fällen unter 33 Septicämischen wurden sogenannte septische Erytheme beobachtet. Im Allgemeinen bot die Epidemie nichts besonderes.

M. Werbitzky: «Zur Veränderung des Blutes bei Unterbindung des ductus choledochus». (Nr. 1).

5 Hunden wurde der ductus choledochus unterbunden und in bestimmten Zeitabschnitten das Blut untersucht. Die ersten 3 Wochen konnten keine Veränderungen im Blut gefunden werden, dann aber nahm der Hämoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen (um 42 Proc.) ab. Dabei trat eine unbedeutende Mikro- und Poikilocytose auf. Hämoglobinkrystalle konnten im Blut nicht nachgewiesen werden, ebenso fehlte Hämoglobin im Urin. Offenbar wirken bei der Unterbindung des Gallengangs neben den ins Blut übergehenden gallensauren Salzen noch Veränderungen in der Thätigkeit der blutbildenden Organe mit.

A. Ekkert: «Ueber einen Fall von Thrombose der vena portae.» (Nr. 2, 3).

Die 39 jährige Patientin wurde mit den klassischen Symptomen einer atrophischen Lebercirrhose in das «Obuchowhospital» aufgenommen und nur das einzige vielleicht Auffallende in der Anamnese war die 2 Wochen vor der Aufnahme bemerkte und schnell zunehmende Schwellung des Leibes, die mit Verschlimmerung des Allgemeinzustandes Hand in Hand ging. Nach 2 Monaten erfolgte der Exitus der marantischen Patientin. Bei der Section fand man einen das Lumen der vena portae beinahe vollständig einnehmenden geschichteten Thrombus, der im Wurzelgebiet des Gefässes begann und bis in die ersten Verzweigungen reichte. Die Wände der vena portae waren verdickt und sklerotisch, in den Gefässen des Wurzelgebietes einzelne Plaques sichtbar. Die Leber bot das Bild der atrophischen Cirrhose, die Milz und der Dickdarm das der chronischen Stauung. Als Ursache der Bildung des Thrombus möchte Autor einerseits die Cirrhose, andererseits die sclerotischen Veränderungen der vena portae ansprechen.

N. Ketscher: «Ueber die Behandlung des Abdominaltyphus mit Guajakol». (Nr. 2).

29 Patienten erhielten Anfangs 3 Mal täglich à 0,5 Guajakoli salicyl., später wurde die Dosis allmählich auf 3,0 g. carbonici 6 Mal täglich gesteigert. Trotzdem konnte, im Widerspruch mit Hölscher, weder eine Wirkung des G. auf den Verlauf des Typhus, noch auf die einzelnen Organe, noch auf die Complicationen beobachtet werden. Daher kann nur von der G. Therapie des Abdominaltyphus abgerathen werden.

J. Paltschikowsky: «Kritische Uebersicht über die Bestimmung der Stärke des Diphtherieserums». (Nr. 4, 5).

Zusammenfassendes Referat.

E. Botkin: «Bericht über das erste Semester der Abkommandirung ins Ausland». (Nr. 5—7).

Wassenko: «Die Anwendung des Diphtherieserums im Gouvernementshospital von Krementschug 1895». (Nr. 6).

25 Personen wurde das Serum injicirt, darunter 6 Mal zu prophylaktischen Zwecken. Von den 19 Patienten waren bei 16 Bacillen gefunden worden. Bei 8 war der Larynx afficirt, von diesen starben 3 (2 Tracheotomirte) im Verlauf der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme. Von den 6 prophylaktisch geimpften Kindern erkrankte keins, obgleich sie theilweise in Contact mit den erkrankten Geschwistern blieben.

N. Ippa: «Ein Fall von Abdominaltyphus, begleitet von Recurrens.» (Nr. 7).

Der am Ende der ersten Woche des Typhus ins «Obuchowhospital» aufgenommene 27jährige Patient, bot 4 Wochen lang das typische Bild eines mittelschweren Typhus. Am 27. Tage des Hospitalaufenthalts trat eine sich über 5 Tage erstreckende Temperaturerhöhung auf, die am 6. Tage kritisch endete. Es folgte nun ein Stadium der Apyrexie bis zum 32. Tage, an dem eine erneuerte Temperaturerhöhung auf 39,3° eintrat. Im Blute konnten Recurrensspirillen, daneben im Milzblut Eberth'sche Typhusbacillen constatirt werden. Nach 2 Tagen trat ein zweiter kritischer Abfall ein, der allmählich in eine der letzten Typhuswoche entsprechende Kurve überging. Der Fall verdient nicht nur wegen seiner Seltenheit, sondern auch wegen des bakteriologisch erbrachten Beweises für die Richtigkeit der Diagnose Beachtung.

M. Jakowlew: Tubenschwangerschaft, Laparotomie, Heilung. (Nr. 8).

Bei der im Februar 1894 in das Tambow'sche Landschaftshospital aufgenommenen 28jährigen Bäuerin konnte eine rechtsseitige Tubenschwangerschaft diagnosticirt werden. Die letzte Menstruation war im November 1892 erfolgt. Bis Juni 1893 wurden Kindsbewegungen gefühlt, die dann unter heftigen Schmerzen aufhörten. Seit August 1893 litt Patientin an Blutungen aus den Geschlechtstheilen. Der nicht vergrösserte Uterus war beweglich. Den 8. März 1894 wurde zur Laparotomie geschritten. Bei Eröffnung der Bauchhöhle lag eine mit dem Omentum locker verwachsene umfangreiche Geschwulst vor, die sich leicht stumpf herauspräpariren liess. Den Stiel bildete das rechte lig. latum und das rechte cornu uteri. Nach Unterbindung des Stiels, Entfernung der Geschwulst und Versorgung aller Gefässlumina wurde die Wunde vernäht. Heilung per primam. Die Geschwulst erwies sich als Fruchtsack, der einen ausgetragenen, wohlentwickelten Foetus enthielt. An der hinteren Wand des Sackes fand sich die normal gebaute Placenta.

M. Wolkow: «Ein Fall von Wandermilz». (Nr. 9).

Bei der Patientin hatte S. Botkin vor 10 Jahren bereits Wandermilz gefunden und sie seinen Zuhörern demonstrirt. Seitdem waren die Beschwerden erträglich gewesen und erst in letzter Zeit waren Symptome von Uteruscarcinom aufgetreten, derentwegen sich die 54jährige Patientin in das «Marien-Magdalenenhospital» aufnehmen liess. Die vergrösserte Milz lag in der fossa iliaca sin. und reichte beim Stehen bis zur Symphyse, war dabei leicht reponibel. Nach Ruhelage verkleinerte sie sich. Bei Faradisation contrahirte sich die Milz unter Schmerzgefühl, worauf schon Botkin aufmerksam gemacht hat.

M. Rostowzew: «Ueber die schwarze Haarzunge». (Nr. 8—12).

Autor theilt nach vollständiger Anführung der einschlägigen Literatur 2 von ihm beobachtete Fälle dieser seltenen Erkrankung mit, die einen jungen Arzt und dessen Frau betrafen. Eine Ursache für Auftreten des schwarzen Belages liess sich nicht nachweisen, doch kann die Uebertragbarkeit der Erkrankung in Anbetracht dessen, dass sie sich zuerst beim Mann und dann bei der Frau und hier schwächer zeigte, nicht in Abrede gestellt werden. Sie verlief ohne jedwede subjective Erscheinungen und wurde beim Mann nur zufällig entdeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab Hypertrophie und Pigmentation der papillae filiformes und neben den gewöhnlichen Mundbakterien eine besondere Cladothrixform in grosser Menge und Hefepilze. Die Kulturen der Cladothrix zeigten oft eine mehr weniger deutliche Pigmentation, einmal gelang es Autor sogar eine vollkommen schwarze Cladothrixkultur auf Gelatine zu gewinnen. Therapeutisch wäre neben mechanischer Entfernung des Belags, Bepinseln mit Desinficientien zu empfehlen.

G. Olejnikow: «Die Behandlung der Diphtherie mit Serum». (Nr. 10).

Von Oktober 1894—November 1895 wurden 185 Diphtheriekranke im «Alexander-Barackenhospital» mit Heilserum be-

handelt. Davon starben 12 Patienten im Verlauf der ersten 24 Stunden und 7 an Masern und Scharlach. Mit Ausschluss dieser 19 Patienten verblieben 166 Fälle reiner Diphtherie. Im allgemeinen waren die Erkrankungen eher etwas schwerer und häufiger mit Laryngitis complicirt als bei den vorhergehenden Verfahren. Meist wurden die Patienten am dritten oder vierten Krankheitstage aufgenommen und nur den schwer Erkrankten oder Kindern unter 10 Jahren Serum injicirt. Die Sterblichkeit betrug 18,8 Procent bis zum 12. Jahr, und 4,8 Proc. bei Patienten über 12 Jahre, bei den Laryngitikern 43 Proc. (im Jahre 1893: 55 Proc.). Von 12 Tracheotomirten starben 7. 2 Mal wurden Recidive beobachtet. Im Anfang wurden zu geringe Mengen (600—1000 Einheiten) injicirt, später 1000—2000 auf einmal, daneben kamen lokale Desinficientien in Anwendung.

J. Milenfeld: «Ueber den Kali- und Phosphorumsatz bei Scorbut». (Nr. 11).

Autor stellte seine Untersuchungen bei einem 61jährigen scorbutischen Patienten an. Die Assimilationskraft des Darmkanals war bedeutend herabgesetzt. so dass ²/₃ des aufgenommenen Phosphors und ¹/₄ des zugeführten Kali im Stuhl nachgewiesen werden konnten, was sich durch die pathologischen Veränderungen der Darmschleimhaut erklären lässt. Während der Reconvalescenz war die Ausscheidung des Kali im Urin erhöht. Es findet also beim Scorbut ein vermehrter Zerfall der Zellelemente statt.

Prof. A. Kasem-Bek: «Ueber die diagnostische Bedeutung des praesystolischen Geräusches an der Herzspitze.» (Nr. 12, 13).

Beim 63jährigen, heruntergekommenen Patienten wurden Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels, Hypertrophie des linken Ventrikels, praesystolisches Geräusch an der Herzspitze, deren Contractionen auffallend deutlich sicht- und fühlbar waren, Arteriosclerose, Stauungsleber intra vitam constatirt. Die Section ergab eine aneurysmatische Erweiterung der Herzwand nach vorn und unten von der Herzspitze, die theilweise mit festen Fibringerinseln gefüllt war. Beide venöse Ostien waren erweitert (obgleich Geräusche intra vitam fehlten).

J. Schabad: «Ein Fall von allgemeiner Pneumococceninfection. (Nr. 13, 14).

Nach Anführung der einschlägigen Literatur geht Autor auf einen von ihm im Sommer 1895 beobachteten Fall über. Es betraf einen 45jährigen Mann, der in das «Obuchowhospital» mit einer rechtsseitigen croupösen Pneumonie und eitriger Entzündung des rechten Hüft- und linken Kniegelenks aufgenommen wurde. Im Blute konnten mikroskopisch keine Pneumococcen nachgewiesen werden, dagegen wuchsen auf dem mit Blut beschickten Agar reichlich Pneumococcenkulturen. Pneumococcen konnten post mortem gleichfalls im fibrinöseitrigen Exsudat der Pericardialhöhle, im Saft des pneumonischen Heerdes, im eitrigen Exsudat der Peritonealhöhle, in der Milz und im Eiter der afficirten Gelenke gefunden werden. Die croupöse Pneumonie hatte also offenbar eine Septicopyaemie hervorgerufen, die eine äusserst seltene Begleiterscheinung der Pneumonie ist. Autor ist geneigt anzunehmen, dass beim Patienten, einem Potator, eine grössere Disposition zur allgemeinen Pneumococceninfection existirte.

W. Severin: «Die metapneumonischen Lungenabscesse.» (Nr. 14).

S. beobachtete die Entwickelung eines solchen Abscesses bei einer 28jährigen schwächlichen Dame, die eine croupöse Pneumonie des rechten Unterlappens durchgemacht hatte. Ein kritischer Abfall trat nicht ein, dagegen konnten 12 Tage nach Beginn der Erkrankung Dämpfung, abgeschwächtes Athmen und fehlender Stimmfremitus in der rechten Axillarlinie nachgewiesen werden. Die Probepunction ergab Eiter. Bei genauerer Untersuchung liess sich indessen feststellen, dass die Eiterhöhle theilweise von lufthaltigem Lungengewebe bedeckt war, so dass die Möglichkeit eines Lungenabscesses in Erwägung gezogen wurde. Die hierauf ausgeführte Resection der VI. Rippe mit darauf folgender Eröffnung des oberflächlich liegenden Lungenabscesses ergab circa 2 Glas Eiter, der mit nekrotischem Lungengewebe untermischt war. Bei der täglich wiederholten Ausspülung der Wundhöhle mit Borsäurelösung konnten noch nachträglich Stücke zerfallenen Lungengewebes entfernt werden. Die Kranke genas und erholte sich schnell.

Weyert.

Westnik obschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 1—3 incl.

G. Klosel. «Die Organisation der Aufsicht über die Prostitution in Wien». (Nr. 1).

Kurzer Bericht.

K. Kaschkadanow: «Bericht über die Abkommandirung in die Provinz Ural zum Kampf mit der Diphtherie vom 10. October 1894 bis zum 20. August 1895». (Nr (1).

Die beobachteten Krankheitsfälle theilt Verf. in schwere, mittlere und leichte ein. 17 von ihnen wurden mit Heilserum behandelt. Von den ersteren (11), unter denen 5 Fälle von haemorrhagischer Diphtherie waren, starben 9. Die Fälle mittleren (3) und leichteren (3) Grades gingen alle in Genesung über.

E. Bellin: «Psychische und nervöse Störungen nach Wiederbelebung Erhängter. Gerichtlich-medicinische Bedeutung dieser Störungen». (Nr. 1 und 2).

Es sind in der Literatur bis jetzt 30 Fälle von gelungener Wiederbelebung Strangulirter beschrieben, zu denen B. 4 eigene Beobachtungen hinzufügt. Es werden dabei folgende Erscheinungen beobachtet. Beim Befreien von der Schnur ist der Strangulirte immer bewusstlos. Das Bewusstsein kehrt gewöhnlich schon im Laufe der ersten Stunde zurück. Die Bewusstlosigkeit kann aber auch Tage oder sogar bis zu einem Monate lang dauern. Noch vor der Wiederkehr des Bewusstseins treten allgemeine Convulsionen ein; mit dem Aufhören derselben schwindet gewöhnlich auch die Bewusstlosigkeit. Jetzt macht sich eine neue Erscheinung merkbar — die Amnesie; die Errinnerung an den Selbstmordversuch, sowie an alles was demselben kurz vorausging fehlt vollständig. Die Strangulation ruft, wie die Franzosen sich ausdrücken, eine rectroative oder retrospecctive Amnesie hervor. Als eine weitere Folge der Strangulation werden nach der Wiederbelebung bei Erhängten psychopatische Zustände beobachtet; diese sind meist vorübergehenden Charakters, treten sofort nach Wiederkehr des Bewusstseins ein und äussern sich in Form psychischer Aufregung und einem bestimmten Grade von Verworrenheit. Andererseits kann der Selbstmordversuch durch Strangulation einen gerade entgegengesetzten Einfluss auf die Psyche haben, indem bereits vorhandene psychische Störungen nach dem Selbstmordversuch schwinden oder wenigstens eine bedeutende Besserung derselben sich geltend macht. Es unterliegt keinem Zweifel, dass alle Erscheinungen seitens des Centralnervensystems, die nach der Strangulation zur Beobachtung kommen, eine Folge der dabei eintretenden Ernährungsstörung des Gehirns sind. Das Auftreten dieser Erscheinungen fällt immer mit der Wiederherstellung der normalen Bedingungen der Blutcirculation im Gehirn zusammen.

M. Uwarow: «Die Heilanstalten Russlands». (Nr. 2).

Das Oekonomiewesen derselben.

N. Tesjakow: «Die physische Entwickelung der Landschulkinder des Elisawetgradschen Kreises». (Nr. 2).

A. Garin: «Ein Fall von Hypospadie, als gerichtlich-medicinisches Untersuchungssubject und zur Frage über das Geschlecht bei abnormer Entwickelung der Geschlechtsorgane». (Nr. 2).

Im Jahre 1891 wurde von der Medicinal-Abtheilung der St. Petersburger Gouvernementsregierung, im Auftrage der Polizei, die Bäuerin Katharina J., behufs der Bestimmung ihres Geschlechts, einer Untersuchung unterzogen. Durch ihre sonderbare Lebensweise nämlich, hat Katharina die Aufmerksamkeit aller Einwohner des Dorfes auf sich gerichtet, so besucht sie z. B. die Badstube niemals zusammen mit den übrigen Bäuerinnen, wäscht sich immer allein, rasirt ihren Bart und Schnurbart, hat alle Geberden eines Mannes, baut, ackert u. s. w. Man erzählt ausserdem, dass sie schon mehrmals mit Frauenzimmern cohabitirte. Das Aussehen Katharina's war das eines gesunden, plumpen Bauers. Sie ist 33 a. n., von hohem Wuchs, kräftigem Körperbau und gut entwickelter Muskulatur. Gesichtszüge männlich, üppiger Haarwuchs am Kinn, Wangen und Oberlippe, die Kopfhaare zu einem Zopf geflochten. Der Hals lang, Adamsapfel stark vorspringend, Brustdrüsen unentwickelt, Beckenform männlich. Die Ausbreitung der Haare vom Mons pubis nach oben fächerförmig; darunter ein 3¹/₂ ccm. langer, 1¹/₂ cm. breiter, bogenförmig nach oben gekrümmter penis mit normal geformtem caput-und praeputium; eine Harnröhre oder Harnröhrenmündung liessen sich an demselben nicht nachweisen. In der Mitte der hinteren Oberfläche des caput penis eine in ¹/₂ cm. breite

rinnenförmige Vertiefung, die nach oben enger, nach unten zum Damm zu breiter wird und etwa bis 3 Fingerbreit vor dem Anus reicht, wo sich die Harnröhrenöffnung befindet. Scrotum normal, an demselben in der Richtung der Raphe die Fortsetzung der vertical vom penis zum Damm verlaufenden oben erwähnten rinnenförmigen Vertiefung. Die beiden Hoden normal. Keine Prostata kein Uterus. Geschlechtstrieb fehlt vollständig, Erectionen selten. Bemerkenswerth ist es in diesem Falle, dass trotz der verhältnissmässig geringen Abweichungen von der Norm, Katharina doch 33 Jahre lang als Weib betrachtet wurde.

K. Tolstoj: «Der Alkoholismus in Russland». (Nr. 3).

Als Material zur vorliegenden Arbeit dienten dem Verfasser die statistischen Angaben über den Alkoholgebrauch in den einzelnen Gouvernements Russlands während der letzten 10 Jahre und die Berichte des Medicinaldepartements für dieselbe Zeit über die Zahl: 1) der durch die «Alkoholvergiftung» verursachten Erkrankungen und Todesfälle, 2) der durch dieselbe veranlassten gerichtlich-medicinischen Untersuchungen, 3) der Selbstmordfälle und Verbrechen im Zusammenhange mit dem durchschnittlichen Alkoholgebrauch pro Seele und 4) über die Mortalität und Zuwachs der Bevölkerung in den einzelnen Gouvernements. In den Jahren 1827—1863 betrug der durchschnittliche Alkoholgebrauch für ganz Russland etwa 4½ Liter wasserfreien Alkohols pro Jahr und Seele. Von da an nimmt derselbe immer ab, um im Jahre 1893 bis auf die Hälfte zu sinken. Ein Vergleich mit allen übrigen Staaten Europas und den Vereinigten Staaten Amerikas ergiebt, dass der Alkoholgebrauch in denselben, mit Ausnahme Norwegens, ein viel höherer ist, als in Russland. Ohne weitere Schlüsse daraus zu ziehen, constatirt Verfasser weiterhin die Thatsache, dass der langdauernde Gebrauch ziemlich grosser Alcoholquantitäten weder auf die Mortalität noch auf den Zuwachs der Bevölkerung Russlands einen Einfluss hatte. Die Zahl der acuten Alkoholvergiftungen, Selbstmordfälle und Verbrechen in den einzelnen Gouvernements steht in keinem Zusammenhange mit dem durchschnittlichen Alkoholgebrauch pro Seele in denselben. A. Sacher.

Djetzkaja Medicina[1]) Nr. 1, 2.

N. Filatow (Professor): «Ueber Schwäche in den unteren Extremitäten und über Paraplegie im Kindesalter».

Von grosser Bedeutung für die Beurtheilung der Schwäche oder der Paralysen ist das Alter. In Folge dessen stellt F. 2 Gruppen auf: 1. Schwäche in den Beinen bei kleinen Kindern bis zu 5 Jahren und 2. Paraplegien bei älteren Kindern. Die häufigste Ursache der 1. Gruppe giebt die Rachitis ab; man muss dieselbe als Ursache in den Fällen gelten lassen, wo die Kinder im Alter von 1½—5 Jahren stehen, wo Symptome, der englischen Krankheit zu constatiren und wo die charakteristischen Eigenschaften der rachitischen Parese vorhanden sind (obgleich Paralyse nicht zu constatiren ist, kann das Kind auf den Füssen nicht stehen, in liegender Stellung kann es die Beine beugen und strecken, sowie es aber in verticale Stellung gebracht wird, beugt es die Füsschen; charakteristisch ist ferner die symmetrische Atrophie der Muskulatur und die grössere Beweglichkeit in den Gelenken) Die Paraplegie in Gefolge der Poliomyelitis spinalis kann Aehnlichkeit mit der rachitischen Schwäche der unteren Extremitäten haben; doch die erstere Erkrankung hat einen ganz akuten Anfang (Fieber, Krämpfe, Erbrechen), und erst nach einigen Wochen bleibt die Paralyse nach, häufig nur einseitig mit starker Atrophie, Schwinden der electrischen Erregbarkeit in Muskeln und Nerven. Auch die Neuritis multiplex kann bei kleinen Kindern auftreten und Paresen hervorrufen; diese sind gewöhnlich symmetrisch, entwickeln sich langsam, befallen gewöhnlich nur die Fusssohlen und gehen mit starker Schmerzhaftigkeit in den Extremitäten einher; die Schmerzen sind besonders heftig beim Druck auf die betreffenden Nerven. Eine spastische Paralyse der Beine ist zuweilen Folge angeborener oder erworbener Hirnerkrankungen (chronischer Hydrocephalus, Hirnblutung, Hirndefecte etc.). Im Alter über 5 Jahren ist die häufigste Ursache der Paresen und Paralysen die Spondylitis. Ferner kommen im Alter von 10—15 Jahren Paresen hysterischen Ursprunges vor, entweder in Form der Paraplegia hysterica, oder der Abasia-Astasia hysterica, wo die Kinder, weder gehen, noch stehen können, liegend jedoch alle Bewegungen mit den Füssen ausführen können. Verf. erwähnt noch die Paraplegia postdiphtheritica, dann die Paraplegie in Folge der progressiven Muskelatrophie.

[1]) Pädiatrische Medicin erscheint seit Januar 1896 unter Redaction des Privatdocenten L. Alexandrow in Moskau.

A. Poliewktow: «Ueber Intubation in Verbindung mit der Serumbehandlung der Diphtherie».

Verf. giebt einen ausführlichen Bericht über die Resultate, die in den verschiedenen Ländern mit der Intubation erzielt worden sind, beschreibt die Technik der Intubation und spricht sich dahin aus, dass die Intubation neben der Serumtherapie eine noch viel häufigere Anwendung finden werde, da die Tracheotomie nur selten nöthig sein wird.

T. Krassnobajew: «Ueber die praktische Bedeutung der prophylaktischen Injection von Diphtherieserum.»

Verf. kommt auf Grund der in der Literatur vorhandenen Daten und auf Grund eigener Beobachtungen zur Ueberzeugung, dass die Frage über den Werth der prophylaktischen Injectionen noch eine offene bleiben muss, dass man noch nicht genügende klinische Beobachtungen angestellt hat, um die Aeusserung Behring's vollauf zu bestätigen.

Gorjatschkin: «Mutatismus hystericus ex trauma psychica». (Nr. 1).

Ein 12jähriger Knabe wird von einem Betrunkenen plötzlich angeschrien; im Moment verliert er völlig die Sprache, dabei keine Störung des Bewusstseins, keine Krämpfe, nur in der Gegend der mm. frontales und masseteri fortwährendes fibrilläres Zucken. Der Knabe konnte sogar kein Laut von sich geben. Heilung durch Hypnose.

E. Iwanow: «Pityriasis linguae areata». (Nr. 2).

Verf. ist der Meinung, dass man die sog. Landkartenzunge, von ihm Pityriasis areata genannt, wohl behandeln müsse, möglicherweise könnten die afficirten Stellen als Eingangspforte für verschiedene Infectionen dienen (Scharlach, Typhus etc.). Die von Unna empfohlenen Gargarismen mit Schwefel, Natron subsulfurosum etc. verwirft er; dagegen sah er raschen Effect von einer physiologischen Salzsäurelösung (20—30 Tropfen der verdünnten Salzsäure auf 1 Glas Wasser). Damit wird 2—3 Mal täglich nach dem Essen die Zunge abgewischt. Auch bei Soor gebraucht Verf. diese Methode.

T. Krassnobajew: «Eine Familienepidemie von infectiösem Icterus». (Nr. 2).

Autor beobachtete den Icterus bei einem Knaben von 5½ Jahren und bald darauf bei dessen 2 Schwestern, von denen die Eine 4½jährige 29 Tage nach der Erkrankung des Bruders, die Zweite 2½jährige 24 Tage nach der Erkrankung der Schwester befallen wurden. Bevor die Kinder icterisch wurden, litt die Mutter daran; doch war sie nur einige Tage gelb. Irgend welche Diätfehler waren auszuschliessen. Dem Auftreten des Icterus, der immer mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber einherging, gingen allgemeine nervöse Störungen und Schmerzen in den Füssen voraus. Bei der älteren Schwester bestanden hohes Fieber und Leibschmerzen. K. steht nicht an die Krankheit als infectiösen Icterus aufzufassen, charakteristisch sind nach ihm die nervösen Störungen und die Schmerzen in den Waden; das Fieber kann nur gering sein, kann auch ganz fehlen.

Gorjatschkin: «Einige Daten über den Alkoholismus bei Kindern.» (Nr. 2.)

Ueber den schädlichen Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes ist wohl in jüngster Zeit viel geschrieben worden, so dass wir in diesem Aufsatze Nichts neues finden. Wir wollen jedoch hier die von G. an dem ambulatorischen Material des «Olga-Kinder-Spitals» zu Moskau angestellten Recherchen anführen. Im Verlaufe von 4 Monaten wurden 1671 Kinder — 841 Knaben und 830 Mädchen im Alter bis 12 Jahren untersucht. Von dieser Zahl wurde 506 Mal Alkoholmissbrauch, entweder auf Initiative der Umgebung oder auf direkte Vorschrift des behandelnden Arztes constatirt. Verf. stellt folgende nicht uninteressante Tabelle auf.

Alter	Zahl der Untersuchten	In wieviel Fällen Alkoh. verabr. wurde			Häufigk. der Alkoholgab.	
		auf Initiative der Umgebg.	auf Vorschrift v. Aerzten.	Summa	Systematisch	Zeitweise
Bis zu einem Jahre	473	30	21	51	12	39
Von 1- 2 Jahren	302	42	48	90	52	38
Von 2—5 Jahren	482	95	114	209	144	65
Aelter als 5 Jahre	414	99	57	156	65	91
Summa	1671	266	240	506	273	233

W. Krutowski: «Ulcus induratum pudendorum bei einem Mädchen von einem Jahre und 8 Monaten.» (Nr. 2).

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 6—8.

S. Protopopow: «Ueber einen Fall von Lepra tuberosa et anästhetica». (Nr. 6).

Verf. berichtet recht ausführlich über diesen Fall und bespricht dessen Aetiologie, wobei er sich der Meinung von Bergmann, Arning, Petersen u. a., anschliesst, dass der Heredität nur eine geringe Rolle zukomme, hauptsächlich sei hier directe Infection zu beschuldigen.

E. Wassiljew: «Ein Fall von intermittirendem localem Gesichtsoedem (Oedema angioneuroticum Quincke).» (№ 6).

Bei einem 22-jährigen Soldaten traten in grösseren und kleineren Zeitintervallen (einige Tage—einige Wochen) unter starken Kopfschmerzen Gesichtsoedeme auf. Gewöhnlich waren befallen — beide Wangen, der Nasenrücken und namentlich die Augenlider, die so stark oedematös wurden, dass Pat. die Augen nicht öffnen konnte. Die ödematöse Schwellung ging ohne scharfe Grenzen in die gesunde Hautpartie über; Röthung nicht vorhanden, auch klagte Patient nicht über Jucken, nur bestanden Klagen über Schmerzen und Hämmern in den Schläfen. Gewöhnlich hielt dieses Oedem einige Tage an, dann begann es allmählich sich zu verringern, wobei auch die Kopfschmerzen nachliessen. Die inneren Organe — insbesondere die Circulations- und Respirationsorgane liessen keine Abweichung vom Normalen erkennen, auch das ganze Nervensystem fand Verf. gesund. Die Oedeme wiederholten sich ganz regelmässig, wobei die Intensität bald stärker, bald geringer war. Schliesslich trat doch eine Veränderung im Zustande des Patienten auf: während einer sehr intensiven Attaque traten plötzlich unter Bewusstseinstörung Krämpfe auf. Dieselben wiederholten sich in den nächsten Tagen, das Bewusstsein kehrte bald wieder zurück, doch constatirte Verf. eine rechtsseitige Parese der ganzen oberen Extremität, die nur allmählich rückgängig wurde. Es unterliegt keinem Zweifel dass das Gesichtsoedem auf angio neurotischer Basis entstanden ist, dafür spricht auch der Umstand, dass in der Familie des Soldaten Erkrankungen des Nervensystems vorkamen; wie soll man sich nun die Krämpfe, die vorübergehende Bewusstseinsstörung und die Parese erklären? Da die Hirnsymptome mit dem Auftreten des Oedems im Gesicht correspondirten, da ferner die Symptome auf einen plötzlich aufgetretenen Druck hinwiesen, nimmt Verf. an, dass es sich um ein acutes Hirnoedem gehandelt habe, ganz analog dem acutem Oedem des Gesichts. Es muss somit nach Verf. die Möglichkeit zugelassen werden, dass auch in der Schädelhöhle ein angio neurotisches Oedem auftreten kann.

N. Kuschew: «Eine seltene Hauterkrankung». (№ 6).

Verfasser beschreibt 2 Fälle. Die Erkrankung manifestirt sich in Form leicht erhabener Linien, die eine netzförmige Verflechtung darstellen, an dem einen Ende solcher Linien findet sich ein schwarzer Punkt, welcher bei mikroskopischer Untersuchung als Parasit erkannt werden kann. Derselbe hat eine längliche Form mit zugespitztem Ende und querer schwarzer Streifung. Die Hauterkrankung bewirkt ein starkes Jucken, so dass, am ganzen Körper ein Eczem entstehen kann. Wird der Parasit entfernt, so heilt die Krankheit sehr rasch. Nähere Angaben über diesen Schmarotzer fehlen.

P. Modlinski: «Thrombose der Hirnsinus als Complication von Ohrenerkrankungen». (№ 7).

In enger Beziehung zum Hörorgan stehen die sinus transversus, der obere und untere sinus Cavernosus und der bulbus v. jugularis: der sinus petrosus liegt dem Knochen nur in sehr geringer Ausdehnung an, besitzt ein minimales Lumen, so dass er selten miterkrankt; nur zuweilen thrombosirt der sinus petrosus per continuitatem bei Phlebitis der vena aquaeducti cochleae. Der. S, cavernosus erkrankt, wenn der cariöse Process in der vorderen Wand der Paukenhöhle seinen Sitz hat; hier ist auch die Wand der Carotis interna gefährdet, deren usur eine tödtliche Blutung zu Folge hat. Die primäre Thrombose des bulbus v. jugularis kommt bei caries der unteren Paukenhöhlenwand vor; in dieser Wand kommen congenitale Defecte vor, so dass die Schleimhaut direct der vene anliegt. Am häufigsten erkrankt primär der s. transversus dank seiner Grösse und seiner Nachbarschaft — dem processus mastoideus. Der Symptomencomplex der Sinuserkrankungen hängt natürlich von der Art der Ausbreitung der Thrombose ab und von den Circulationsstörungen. Am constantesten sind die starken Kopfschmerzen verbunden mit häufigem Erbrechen. Häufig ist Stauungspapille und Nystagmus nachweisbar. Bei Periphlebitis im foramen jugulare können Drucksymptome von Seiten der nn. vagus, accessorius und glossopharyngeus auftreten (Dyspnoe, Heiserkeit). Für die Thrombose des s. transversus sind charakteristisch: die Phlebitis und Thrombose im emissarium mastoideum, was eine Schwellung hinter dem proc. mastoideus bedingt; erstreckt sich die Thrombose auf das torcular Herophili, so kann eine phlegmonöse Schwellung an der protuberantia occipitalis zum Vorschein kommen. Bei Thrombose des s. Cavernosus — Exophtalmus, Schwellung der Lider, zuweilen Neuralgie des 1. Trigeminusastes und Paralyse der abducens, trochlearis und oculomotorius. Bezüglich des chirurgischen Eingreifens spricht sich Verf. dafür aus, dass die v. jugularis durchaus unterbunden werden müsse: die Statistik von Jansen sei durchaus nicht maassgebend. Beschreibung zweier Krankengeschichten.

A. Rachmanow: «Ein Fall von Exstirpation der Wandermilz bei einer Schwangeren». (№ 7).

27-jährige Bäuerin, klagt über starke Schmerzen im Leibe, die das Arbeiten verhindern. In der rechten Seitengegend findet sich ein Tumor von Kindskopfgrösse, glatt gespannt, quasi fluctuirend, ein Stiel ist leicht palpapel. Es wird ein Ovarialkystom diagnosticirt, die starken Schmerzen werden auf Drehung des Stieles bezogen. Die Laporotomie ergab eine vergrösserte, disclocirte und degenerirte Milz, die an einem langen Stiel (epiploon gastro-splenicum) hing. Die Exstirpation der Milz gelang sehr leicht, daneben wurde das linke Ovarium, das cystisch degenerirt war, mit entfernt. Die Schwangerschaft wurde durch die Operation nicht gestört. Patientin erholte sich sehr rasch.

D. Gorochow: «2 Fälle von operativer Behandlung der Uterusfibrome». (№ 7).

Verf. stellt folgende Schlüsse auf: 1. Die Ligatur der aa. uterinae ist indicirt in Fällen, wo die Kranken durch vorausgegangene Blutungen abgeschwächt worden sind. 2. Bei Anlegung der Ligaturen soll man schichtweise bis zu den Arterien vorgehen, damit weniger Gewebe mit eingeklemmt werde. 3. Bei Retroflexio und hinteren Adhaesionen ist es rathsam die von Trendelenburg angegebene Lage der Kranken einzuhalten. 4. Die Anwendung des Paquelin vor der Myomotomie bewirkt eine sichere Desinfection des Cervicalkanals.

A. Mamurowski: «Ein Fall von Tubarschwangerschaft in Folge von äusserer Wanderung des befruchteten Eies». (Nr. 7).

Tschegolew: «Zur Behandlung des Intermittens mittelst Methylenblau». (Nr. 7).

In einem Fall von schwerer Malaria, wo weder Chinin, noch subcutane Injectionen von Solutio Fowleri wirksam waren, wandte T. mit eclatantem Erfolg Methylenblau in Dosen von 0,25 3 mal täglich an. Die Temperatur fiel rasch zur Norm und stieg nicht mehr an, die Milz verkleinerte sich in auffallend kurzer Zeit, es trat Appetit und subjectives Wohlbefinden ein, und Patient konnte bald als geheilt betrachtet werden.

Das Methylenblau wurde in den erwähnten Dosen 6 Tage lang verabfolgt, dann wurde eine Pause von 6 Tagen gemacht und darauf wieder dieselbe Dosis. Unangenehme Nebenwirkungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Strangurie etc. konnte T. nicht beobachten.

O. Bronstein: «Ueber die Einwirkung des Trikresols auf pathogene Mikroorganismen». (Nr. 7),

Die Experimente des Verf. ergeben: Eine Lösung des Trikresol 1:1000 bei Einwirkung im Verlaufe von 2—3 Tagen wirkt deletär auf alle untersuchten Mikroorganismen (Staphyl. pyog. aur., alb., Staphylok. erysipel., bacill. typhi abdominalis, bacill. cholerae asiaticae, malei, diphtheriae) mit Ausnahme des b. pyocyaneus. Die 1-%-ige Lösung tödtet nach 5 Minuten langer Einwirkung die Streptokokken und die Typhusbacillen, nach 3 Minuten langer Einwirkung die bac. cholerae mallei und diphtheriae und nach 10 Minuten den b. pyocyaneus. Schwache Trikresollösungen wirken hemmend auf das Wachsthum der Mikroorganismen und bewirken Veränderungen im Protoplasma, es treten Involutionsformen auf und eine Verringerung der Tinctionsfähigkeit. Da das Mittel sehr geringe giftige Eigenschaften besitzt, da es chemisch rein, leicht lösbar und billig ist, so kann es für chirurgische und hygienische Zwecke sehr empfohlen werden.

J. Strsheminski: «Ueber hysterische Amblyopie». (Nr. 8).

Genaue literarische Daten über die Symptomatologie, Aetiologie und Therapie dieser Affection; 3 Krankenberichte.

A. Alelekow: «Zur Pathologie des Oedema cyanoticum». (Charcot). (Nr. 8).

21-jähriger Mann tritt in's Hospital mit Klagen über starke Schmerzen in der linken oberen Extremität. Status praesens: Abmagerung des ganzen Körpers. Abschwächung des Geschmack- und Geruchsinns. Die Sprache etwas scandirt. Die Bewegungen in der rechten Hand völlig normal, die linke hängt herab, Bewegungen sind nur in sehr beschränktem Maasse ausführbar, die electrische Erregbarkeit der Musculatur der linken Extremität ist sowohl für den faradischen, als auch für den galvanischen Strom stark herabgesetzt, Entartungsreaction nicht nachweisbar; die Hautsensibilität ist ebenfalls verringert, sowohl der Temperatursinn, als auch die Schmerzempfindung sind linkerseits abgeschwächt, vom Ellenbogen bis zu den Fingerspitzen völliger Verlust aller 3 Arten der Sensibilität. Vom unteren Drittel des Vorderarms bis zu den Fingerspitzen ist die Haut stark geschwellt, oedematös, purpurroth bis schwarzblau. Die linke Handwurzel ist um 4—5° C. kälter, als die rechte. Weder das Hochhängen der Extremität, noch Massage, Faradisation und Galvanisation beeinflussten die Hautfarbe. Patient ging nach einiger Zeit an Lungentuberculose zu Grunde. Die Autopsie ergab: An den Stellen, wo das cyanotische Oedem bestand, sind die Arterien viel enger, als auf der entsprechenden rechten Seite, die Venen weiter, doch lassen sich keine Circulationshindernisse in den aa brachialis radialis und ulnaris nachweisen. Verf. untersuchte mikroskopisch das ganze Nervensystem; das Grosshirn, Kleinhirn, die Brücke und das verlängerte Mark ganz normal. Im Rückenmark auf der Höhe des II—VI Brustnerven sind links in den Clark'schen Säulen weniger Nervenzellen, als rechts, deren Kerne undeutlich; sonst aber keine Veränderungen, auch die sympathischen und intervertebralen Ganglien ohne Veränderung: Die Nervenstämme der linken Extremität ergeben normale Verhältnisse; nur der n. medians zeigt auf Querschnitten degenerirte Fasern in unbedeutender Zahl; in den kleinen Hautnerven ist die Zahl der degenerirten Fasern viel grösser, doch sind immer noch normale Fasern in jedem Nerven nachweisbar. Die a. brachialis, a. radialis und ulnaris sind linkerseits dünner, als normal; doch sind die mikroskopischen Veränderungen nur an den kleineren Arterien nachweisbar: Aufquellung des Endothels, Homogenwerden der media. Infiltrate nicht nachweisbar. Die Wand der Hautvenen ist stark verdickt einzelne Venen sind thrombosirt. Die Lymphgefässe überall erweitert. Alle diese Veränderungen der Gefässe und der Hautnerven sieht Verf. durchaus nicht als primär entstanden an, sondern das sind secundäre Erscheinungen. Das Oedem war hier, wie auch in allen beschriebenen Fällen, hysterischen Ursprunges.

P. Rewidzow: «Zur Casuistik der Hernia lineae albae epigastrica», (Nr. 8).

G. Mentzel: «Pincette — Thermophor zur Blutstillung bei Operationen». (Nr. 8).

Der Apparat besteht aus 3 Theilen: 1. einer Doyen'schen Pincette 2. einem Glasreservoir für heisses Wasser und 3. aus einem doppelten System von Gummiröhren, die zur Zufuhr und Abfuhr des Wassers dienen. Siehe Abbildung.

L. Kontowt: «143 Fälle von ambulatorisch behandelter Diphtherie». (Nr. 8).

Angewandt wurde das Serum von Behring, Roux, und das im Petersburger und Moskauer Institute dargestellte. Leichte Fälle waren 59, davon 1 Todesfall; mittelschwere 53, davon starben 10; septische 31 mit 15 Todesfällen. Die Gesammtmortalität beträgt 18 %.

Abelmann.

Shurnal russkago obschestwa ochranenija narodnago sdrawija (Nr. 1—3 incl.) 1895.

M. Goschkewitz: «Ueber die sanitäre Thätigkeit des Cherson'schen ärztlichen Vereins (Festrede zum 25-jährigen Jubiläum des Vereins»). (Nr. 11).

Als Resultat der Thätigkeit führte der Redner folgende an: Verringerung der Entwickelung von Infectionskrankheiten und der allgemeinen Mortalität unter der Stadtbevölkerung und Vergrösserung des natürlichen Zuwuchses derselben.

J. Nowikow: «Versuch der Einrichtung einer landwirthschaftlichen Colonie für Erwachsene und Kinder im Zusammenhange mit dem Unterricht im Lesen und Schreiben und Erlernen eines Handwerkes». (Nr. 11).

Prof. A. Wendenjapin: «Entwurf eines Landeshospitals». (Nr. 1).

A. Morkownikow: «Ueber die Organisation öffentlicher Spiele in freier Luft». (1).

N. Schmidt: «Die sanitären Lebensbedingungen der Fischer an der Wolgamündung». (1).

Im Frühling und Herbst sind etwa 100,000 Fischer (Russen, Kirgisen, Kalmiken und Tataren) mit ihren Weibern und Kindern mit dem Fange und der Conservirung der Fische beschäftigt. Ihre Nahrung besteht fast ausschliesslich aus Brod und Fische. Sehr verbreitet unter den Fischern sind Wechselfieber — 25 % und Durchfälle 22 % aller Erkrankungen. Darauf folgen Muskel- und Gelenkrheumatismus 9 %, Hautkrankheiten 14 % Krankheiten der Respirationsorgane 7 %, Ulcera und Contusionen 5 % ausserdem aber auch die verschiedenen Infectionskrankheiten.

L. Ljalin: «Die feuerfesten Gebäude. Eine experimentelle Untersuchung der nicht gebrannten Ziegeln». (1).

S. Timochowitsch: «Ueber die Einrichtung der Wohnungen in sanitärer Hinsicht». (1).

A. Smirnow: «Beobachtungen über den Gang der physischen Entwickelung der Cadetten im Lager». (1).

Im Laufe der 35 Tage, welche 60 Cadetten des Alexandercorps im Lager bei Peterhof zubrachten, wurden an ihnen folgende Veränderungen constatirt:

	Zugenommen.	Unverändert.	Abgenommen.
Gewicht	bei 44	bei 10	bei 6
Lungencapacität	» 35	» 13	» 12
Muskelkraft	» 31	» 13	» 16
Wuchs	» 30	» 30	» —
Brustumfang	» 14	» 20	» 26

W. Gubert: «Zur Feier des 100-jährigen Jubiläums der Jenner'schen Entdeckung der prophylactischen Vaccination». (№ 1).

M. Mendelsohn: «Zur Biologie der einzelligen Organismen» (№ 2).

Es wurde in der letzten Zeit von den Biologen bemerkt, dass äussere Reize nicht nur auf die Intensität der Bewegungen der einzelligen Organismen, sondern auch auf die Richtung, in der diese Bewegungen stattfinden, einen Einfluss haben. Es zeigen nämlich die einzelligen Organismen eine Neigung sich entweder in der Richtung des einwirkenden Reizes zu bewegen (positiver tropismus) oder in einer ihm gerade entgegengesetzten (negativer tropismus). Je nach der Qualität des Reizes unterscheidet man einen Helio-, Geo-, Baro-, Chemo-, Thermotropismus. M. untersuchte den Einfluss der Wärme auf die Richtung der Bewegungen des Paramaecium Aureliae. Seine zahlreichen Untersuchungen haben ergeben, dass für die Paramaecien eine Temperatur von 24° bis 28° C. die zuträglichste ist, nach der sie immer streben, sobald sie höheren oder niedrigeren Temperaturen ausgesetzt werden.

Bergingenieur N. Baburow: «Der Narsan». (№ 2).

L. Pawlowsky: «Zur Bekämpfung der Verfälschung der Nahrungsmittel in Sewastopol». (Nr. 2).

P. schlägt folgenden Modus der Verfolgung der Falsificationen vor, der schon in einigen Gegenden Frankreichs und Deutschlands eingeführt ist: auf Rechnung des Verfälschers werden die Resultate der Analysen seiner Producte auf Tabellen gedruckt und in seinem Magazine für 2—3 Wochen ausgehängt, wodurch die Käufer rechtzeitig vor dem ihnen drohenden Schaden gewarnt werden.

W. Binstok: Abriss des sanitären Zustandes des 2. Districtes des Theiles Roshdestwenskaja der Stadt Petersburg». (Nr. 2).

A. Sokolow: «Experimentelle Untersuchung eines neuen Filters». (Wormser Plattenfilter). (Nr. 2).

Der Wormse-Filter filtrirt bei einem 120 mm. Hg.-Druck nicht allzusehr verunreinigtes Wasser mit einer für den häuslichen Gebrauch genügender Geschwindigkeit. Zur Beschleunigung der Filtration kann der Hg.-Druck bis aufs Doppelte erhöht werden, ohne dass die Qualität des Filtrats dabei leidet. Das Wasser wird durch den Filter von den suspendirten Bestandtheilen vollständig, von den gelösten nur zum Theil befreit. Nach häufigem Reinigen des Filters wird derselbe unbrauchbar. Sein verhältnissmässig niedriger Preis

(40 Mark) ermöglicht die Anschaffung desselben auch für den privaten Haushalt.

Prof. W. Markownikow: «Die Ursachen der Veränderungen des Narsans, die Mittel zur Beseitigung derselben». (Nr. 3).

N. Gamaleja: «Geschichte der Pasteur'schen Entdeckungen». (Nr. 3).

J. Lebedew: «Ueber das Verbrennen des Schuttes». (Nr. 3).

A. Sacher.

Obosrenije Psichiatrii, Newrologii i eksperimentalnoi Psichologii. Nr. 1—3. Januar—März 1896.

Anfimow: «Ein Millard-Gubler'scher Symptomencomplex von hysterischer Natur».

Alternierende Hemiplegie (die Extremitäten der einen, der Facialis der anderen Seite in allen 3 Zweigen) bei einer Hysterica. Beitrag zur Casuistik hysterischer Symptome, welche organische Läsionen vortäuschen können.

Timofejew: «Zur Frage der Bettbehandlung Geisteskranker».

Kurze Mittheilung der Erfahrungen mit der systematischen Anwendung dieser Methode während 4 Jahre in der Anstalt Kaiser Alexander III in St. Petersburg. Alle frisch aufgenommene, unruhige und schwere Kranke werden zu Bett gelegt und nach Möglichkeit beschäftigt. In der Mehrzahl der Fälle» seien keine Zwangsmaassregeln erforderlich. Die Vorzüge dieser Methode beständen in Folgendem: a) acute Psychosen verlaufen rascher und günstiger, b) erschöpfte Kranke erholen sich rasch, besonders bei künstlicher Fütterung (!), c) Angriffe auf die Umgebung sind selten, d) die Anstalt und besonders die unruhigen Abtheilungen erhalten ein geordnetes Aussehen, e) Verminderung des Wartepersonals (?), f) die Isolirungen können auf ein Minimum herabgesetzt werden.

Krainski: «Zur Pathologie der Epilepsie. Ueber Störung des Stoffwechsels bei Epileptischen, № 1. Ueber die Giftigkeit des Blutes bei Epileptikern, № 2. Ueber den Gehalt des Blutes der Epileptiker an carbaminsaurem Ammoniak». (Nr. 3).

Schon früher veröffentlichte Untersuchungen brachten Verfasser zur Ansicht, dass zwischen der Ausscheidung der Harnsäure und zwischen den epileptischen Anfällen eine gesetzmässige Abhängigkeit besteht. 24—48 Stunden vor dem Anfalle sinkt die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure brüsk unter die Norm, nach ihm steigt sie über dieselbe, wobei der vorausgehenden Abnahme die nachfolgende Zunahme gleichkommt. Sobald bei einem Epileptiker das tägliche Harnsäurequantum unter 0,45 sinkt, ist mit Sicherheit ein Anfall zu erwarten. Gegenüber der Hypothese von Haig, dass der epileptische Anfall einfach eine Folge des Eindringens der zurückgehaltenen Harnsäure ins Blut sei, spricht sich Verfasser dahin aus, dass die Epilepsie nicht als eine Nerven-, sondern als eine Stoffwechselkrankheit anzusehen sei. Bei der Epilepsie finden im Stoffwechsel einige Abweichungen im Verlaufe der chemischen Reactionen statt, welche sich documentiren durch verringerte Bildung und Ausscheidung der Harnsäure. Sobald diese anormale Reaction eine gewisse Intensität erreicht hat, bildet sich ein Product, welches auf das Centralnervensystem giftig wirkt, indem es Reizung der Krampfcentren und den epileptischen Anfall hervorruft. Es ist sehr möglich, dass der epileptische Anfall selbst Bedingungen schafft (Anhäufung der Kohlensäure im Blut, Veränderung der Reaction des Blutes), infolge deren der weitere Verlauf der anormalen Reaction unmöglich wird und die Processe des Zerfalles in früherer normaler Richtung sich fortsetzen. Auf diese Weise wird das den epileptischen Anfall hervorrufende Stoffwechselproduct durch diesen selbst wieder vernichtet. Seine Bildung und Vernichtung stehen in engem Zusammenhange mit der Bildung der Harnsäure, was sich äussert in der Verminderung und Vergrösserung ihrer Ausscheidung in Abhängigkeit vom Anfall. Zur weiteren Beweisführung gegen Haig wandte Verfasser noch Mittel an, welche die Ausscheidung der Harnsäure beeinflussen, nämlich Piperazin, Lysidin, kohlensaures Lithion. Die 2 ersten Mittel gaben negative Resultate, das Lithion dagegen setzte, ohne die Ausscheidung der Harnsäure zu verstärken, in mittleren Dosen (3,0 pro die) die Zahl der Anfälle herab, rief aber in Dosen bis zu 6,0 pro die Intoxicationserscheinungen und Zunahme der Anfälle hervor. Somit muss die Ausscheidung der Harnsäure betrachtet werden, als ein Product und Indicator irgenwelcher noch völlig unbekannter Reactionen, welche im Organismus der Epileptiker vor sich gehen und sich in den Anfällen entladen, sobald sie eine gewisse Intensität erreicht haben. Die epileptischen Anfälle sind aufzufassen als ein Mittel der Selbstvertheidigung des Organismus gegen den regelwidrigen Verlauf der Reactionen, welche sonst ihn zum unvermeidlichen Verderben führen würden.

Die Blutexperimente ergaben Folgendes: Blut von Epileptikern, entnommen mittelst Schröpfkopfes im luciden Intervall zwischen den Anfällen oder bald nach einem Anfalle, defibrinirt, und in einer Menge von 2—4—6 cc Kaninchen subcutan injicirt, bringt gar keine krankhaften Symptome hervor. Dagegen erzeugt das Blut, welches in der Periode eines status epilepticus oder während eines dem Anfalle vorangehenden schweren epileptischen Zustandes entnommen wurde, in einer Menge von 1—3 cc applicirt, sofort eine Lähmung der hinteren Extremitäten, auf welche periodisch auftretende Krampfanfälle folgen, unter denen die Kaninchen gewöhnlich in 4—8 Tagen sterben. Diese Erfahrungen bestärken Verf. in der Vermuthung, dass im Organismus des Epileptikers vor dem Anfalle ein giftiges Stoffwechselproduct gebildet wird, das während des Anfalles selbst wieder zerstört wird.

Theoretisch-chemische Ueberlegungen über die Bildung der Harnsäure im Organismus bringen Verf. zur Ansicht, dass gewisse Gewebselemente, und zwar wahrscheinlich die Nucleinkörper enthaltenden, unter anderen Zerfallproducten Stoffe bilden, welche als solche nicht ausgeschieden werden können, sondern sofort mit dem in den Geweben schon fertig vorgebildeten Harnstoffe in synthetische Reaction treten, als deren Endproduct die Harnsäure erscheint. Man müsse also die Harnsäurebildung als eine weiter vorgeschrittene Reaction betrachten, welche im Organismus nur dann möglich ist, wenn die Bildung des Harnstoffs schon ihr Ende erreicht hat. Von jenen Stoffen entspräche das höchst giftige carbaminsaure Ammoniak, welches sich aus dem Harnstoff infolge der veränderten Lebensbedingungen des Epileptikers bilde, den Forderungen, die sich aus der Annahme einer Vergiftung mit einem zur Harnsäurebildung in naher Beziehung stehenden Stoffe ergeben. Im Blute kreisend häuft sich das carbaminsaure Ammoniak so lange an, bis es einen Anfall hervorruft. Während des letzteren setzt es sich unter Verlust eines Moleculs Wasser in Harnstoff um, welcher sofort in synthetische Reaction tritt und in Form der vorher zurückgehaltenen Menge von Harnsäure ausgeschieden wird.

Bechterew: «Die Lehre von den Neuronen und von ihren Wechselbeziehungen».

B. theilt die Ansicht der übrigen modernen Neurohistologen, dass die Nervenzellen völlig abgesonderte Organismen oder Nerveneinheiten dartsellen, welche mit einander keine unmittelbare ununterbrochene organische Verbindung besitzen. Die Protoplasmafortsätze der Nervenzellen sind durchaus nicht für die Ernährung bestimmt. Die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Nervenzellen wird am öftersten derart hergestellt, dass die Endverzweigungen der Axencylinderfortsätze der einen Zellen sich berühren mit den Protoplasmafortsätzen und den Körpern der anderen Zellen. Ein weiterer Modus ist der, dass die Protoplasmafortsätze der Zellen mit einander sich verflechten. Ob dieses auch bei den Axencylinderfortsätzen vorkommt oder nicht, lässt sich noch nicht endgiltig entscheiden; wenigstens hat B. in der Kleinhirnrinde nackte Axencylinder gefunden, welche umflochten wurden von feinsten Verzweigungen der Axencylinderfortsätze von einer anderen Schicht. Bezüglich der Leitungsrichtung lässt sich bis heute sicher nur Folgendes behaupten: die Axencylinderfortsätze leiten in cellulifugaler Richtung überall dort, wo sie in Beziehung zu den Protoplasmafortsätzen und Körpern anderer Zellen treten. Die Zellkörper dagegen und die Protoplasmafortsätze — letztere sind eine unmittelbare Fortsetzung der ersteren und unterscheiden sich von jenen weder im Bau, noch im Aussehen — müssen nach B.'s Ansicht sowohl cellulipetal als cellulifugal leiten.

M.

Дозв. ценз. Спб. 5 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Wratsch. 17—23 incl.

A. Subow. «Sommerkatarrhe der Bindehaut des Auges in Mittel-Asien.» (Nr. 17, 18, und 20).

S. beobachtete die Krankheit in der Nachbarschaft von Merw, glaubt aber nach den Aussagen anderer Aerzte behaupten zu dürfen, dass dieselbe in den Sommermonaten in ganz Mittel-Asien epidemisch auftritt. Die in der Gegend herrschende colossale Sommerhitze (40—45° C. im Schatten, 60—65° in der Sonne) und der ausserordentliche Staub haben wohl einen grossen Einfluss auf die Entwickelung der Epidemien, können aber nicht, als einzige Ursachen derselben beschuldigt werden. Es handelt sich dabei vielmehr um eine Infectionskrankheit, die von einem auf den anderen durch unmittelbare Berührung, oder durch die hier sehr zahlreichen Fliegen, übertragen wird. Eine Verbreitung durch die Luft scheint nicht stattzufinden. Die Krankheit hinterlässt eine grosse Disposition zur nochmaligen Erkrankung, so dass fast die Hälfte der Patienten dieselbe 2 Mal im Laufe kurzer Zeit durchgemacht haben. Sie beginnt mit einer starken Hyperämie der Conjunctiva palpebrarum, Lichtscheu und Thränenfluss; conj. bulbi bleibt entweder unverändert oder ist nur an der Peripherie leicht hyperämisch. Nach einigen Stunden schwellen die Augenlieder stark oedematös an, werden halbdurchsichtig, gelblich oder röthlich und erreichen zuweilen die Grösse eines kleinen Hühnereies; beim Auseinanderziehen derselben entleert sich aus dem Conjunctivalsack eine trübe Flüssigkeit, die mikroskopisch aus abgestossenen einkernigen Epithelzellen und einer geringen Zahl mehrkerniger Eiterzellen besteht; die conj. palpebrarum und Uebergangsfalte werden dunkelroth, glatt und glänzend, wobei Körner oder Auflagerungen auf derselben nicht zu sehen sind. Zuweilen schwillt auch die conj. bulbi stark an, wodurch das ganze Bild demjenigen der Conjunctivitis blennorrhoica ähnlich wird. Cornea bleibt immer verschont. Die Pat. klagen gewöhnlich über das Gefühl eines Fremdkörpers im Auge, Jucken und Schmerzen, die sehr heftig werden können. Am dritten Tage nimmt das Oedem der Lider ab, dauert aber noch 2—3 Tage; das Secret wird eitrig, dick, gelb oder grünlich. Darauf schwindet auch allmählich das Oedem und die Hyperämie der Bindehaut und nach 7—8 Tagen ist der Krankheitsprocess zu Ende. Von der Conj. blennorrhoica unterscheidet sich die Krankheit dadurch, dass 1) das Oedem der Lider, die Schmerzen und Schwellung der Conj. bulbi bei derselben viel geringer sind; 2) Infiltrationen der Bindehaut fehlen; 3) Cornea immer verschont bleibt; 4) Verlauf ein viel rascherer und gutartiger ist; 5) Gonokokken stets fehlen. Beim Schwellungskatarrh Graefe's wird hauptsächlich die Uebergangsfalte betroffen und zahlreiche Haemorrhagien der Conjunctiva beobachtet, welche beide Symptome hier gerade fehlen. Die Untersuchung des Secrets ergiebt am ersten und zweiten Krankheitstage zahlreiche einkernige Epithelzellen und nur wenige mehrkernige Eiterzellen. Auf in 1% Sublimatlösung von Gentianaviolett gefärbten Trockenpräparaten kann man in den Epithelzellen zahlreiche kurze, dünne, intensiv gefärbte Stäbchen, von etwa 2 μ Länge, mit scharf abgeschnittenen Enden unterscheiden. Dieselben Stäbchen fanden sich, zwar spärlicher, auch in den Thränen freischwimmend. Am dritten Tage, wo die Secretion schon eitrig geworden ist, konnte man nur noch wenige Stäbchenhaltige Epithelzellen nachweisen, dagegen sehr viel Eiterzellen. Versuche reine Kulturen dieser Stäbchen zu erhalten, sind nicht gelungen, weshalb Verf. diese Stäbchen nicht mit absoluter Bestimmtheit als Ursache der beschriebenen Krankheit betrachten kann.

O. Hagen-Torn. «Die englische Krankheit und die Abhängigkeit derselben von der relativen Feuchtigkeit». (Nr. 17).

Vorläufige Mittheilung.

Trotzdem die klinischen und anatomischen Eigenthümlichkeiten dieser Krankheit häufig und genau untersucht sind, ist doch auch jetzt die eigentliche Entstehungsursache derselben noch vollständig unbekannt. Schlechte Ernährung der Kinder und ungünstige äussere Verhältnisse begünstigen zwar die Entwickelung der Rhachitis, die wesentliche Ursache derselben kann aber in allen diesen Einflüssen nicht gesucht werden. Bei der Betrachtung der Karte Russlands und der Quantitität der relativen jährlichen Feuchtigkeit der Luft in seinen verschiedenen Gebieten, fiel es dem Verfasser auf, dass dort, wo die relative Feuchtigkeit eine höhere ist, auch die Rhachitis stärker verbreitet ist, und dass mit dem Sinken der ersteren die Krankheit abnimmt. Diese Thatsache veranlasste den Verf. die Ursache der Rhachitis in meteorologischen Verhältnissen zu suchen, wobei er zu folgenden Schlüssen kam:

1) Die Rhachitis ist eine, von der relativen, jährlichen Feuchtigkeit des betreffenden Ortes abhängige, endemische Krankheit. Dadurch lassen sich auch die Schwankungen der Häufigkeit derselben zu den verschiedenen Jahreszeiten erklären.

2) Die Verdauungsstörungen bei der Rhachitis sind eine Folge derselben.

3) Die Krankheit documentirt sich durch Veränderungen in allen Organen.

4) Die Ernährungsstörungen des Organismus und des Knochenwachsthums sind Folgen der Stoffwechselalterationen.

5) Diese letzteren aber werden durch das Verhalten der Feuchtigkeit in den Körpergeweben bedingt.

6) An Oertlichkeiten, wo die relative jährliche Feuchtigkeit über 80° beträgt, ist die Rhachitis, sozusagen, ein physiologischer Zustand, an solchen, mit 8°—7° Feuchtigkeit, entwickelt sie sich nur bei besonders ungünstigen Verhältnissen, bei einer Feuchtigkeit von unter 7° kommt die Rhachitis überhaupt nicht vor.

N. Michailow. «Ueber die gegenwärtigen Verhältnisse der Kumisskuren in Ost-Russland». (Nr. 15 u. 17—20).

Trotz der zahlreichen Arbeiten über den Kumiss, seine Bereitung, chemische Zusammensetzung, physiologische Eigenschaften und therapeutische Wirkungen bei verschiedenen Krankheiten, sind unsere Kenntnisse der Topographie desselben sehr mangelhaft. Weder weiss der Pat., wo er einen guten Kumiss finden kann, noch ist der behandelnde Arzt im Stande ihm genaue Auskunft darüber zu geben. In der vorliegenden, hoch interessanten, Arbeit giebt M. eine Beschreibung der meisten Kumissstationen der Gouvernements Ssamara, Ufa und Orenburg nach seiner eigenen 15 jährigen Bekanntschaft mit denselben, sowie eine genaue Angabe aller Forderungen, welche an eine Kumisstation gestellt werden müssen, sowohl in Betreff des Kumiss selbst, als auch der nothwendigen Lebensverhältnisse der Pat. in denselben. Einen echten, starken aromatischen Kumiss, der sich in sehr grossen Quantitäten trinken lässt, kann man nur in seiner Heimath, in der Steppe haben. Die Melk-Stute darf nicht zu alt und nicht zu jung sein und zur Arbeit nicht benutzt werden; gewöhnlich giebt eine Stute nur 4—6 Flaschen Milch in 24 Stunden und darf nicht mehr, als 6—8 Wochen lang gemolken werden. Die sehr im Publikum verbreitete Meinung, dass gerade das Pfriemengras das beste Futter für die Stuten bildet, ist ein reiner Vorurtheil; das gewöhnliche Steppengras ist denselben wenigstens ebenso zuträglich. Sein Aroma hat der Kumiss, wahrscheinlich, der in der Steppe reichlichen Spierstaude (spirea ulmaria) zu verdanken. Was die Eigenschaften des Kumiss zu verschiedenen Jahreszeiten betrifft, so ist derselbe im Frühling sehr gut, von Mitte Juni bis Ende Juli sind die Gräser trocken, arm an Zucker und Stärke die Stutenmilch enthält zu dieser Zeit weniger Zucker, gährt langsamer und der Kumiss wird sauer; aber von Ende Juli an ist derselbe vorzüglich, viel besser als im Frühling. Von den drei oben genannten Gouvernements ist das Klima des Orenburg'schen das mildeste und den Pat. zuträglichste. Was die Dauer der Kumisskur betrifft, so soll dieselbe möglichst länger sein und empfiehlt Verf. den Kumiss etwa 4 Monate lang, bis Ende September zu trinken. Auf die Bereitungsarten des Kumiss, die dabei nöthigen Vorsichtsmaassregeln, die verschiedenen Sorten und Verfälschungen desselben können wir hier nicht näher eingehen. Die meisten Kumissstationen befinden sich in der Nähe von Ufa an der Eisenbahn Ssamara-Slatoust.

W. Grusdew. «Zur Frage über die operative Behandlung der retroflexio uteri (Aus der Geburtshülflich-Gynaekologischen Klinik von Prof. R. Werth in Kiel)». (Nr. 15, 17—20, 22 und 23).

Es giebt in der ganzen Gynaekologie keine Frage, die, trotz ihres kurzen Bestehens, zu so vielen Untersuchungen einerseits, und so vielen Controversen andererseits, Veranlassung gegeben hätte, wie die Frage über die operative Behandlung der retroflexio uteri. In den letzten 5—6 Jahren sind von den Gynäkologen Europa's und Amerika's mehrere neue Operationsmethoden beschrieben, von denen jede ihre Anhänger und Gegner gefunden hat. Es fragt sich nun, welche Methode im gegebenen Falle und unter welchen Umständen vorzuziehen ist? Der Lösung dieser Frage, auf Grund des Materials der gynaekologischen Klinik zu Kiel, ist die vorliegende Arbeit gewidmet. Es werden in dieser Klinik folgende Operationsmethoden ausgeübt, die der Uebersichtlichkeit wegen von G. in 3 Gruppen eingetheilt werden.

I. Ventrofixatio, vesicofixatio et ventrovesicofixatio uteri. Die Ventrifixatio uteri nach erfolgtem Bauchschnitt giebt in einzelnen Fällen zu ernsten, zuweilen sogar lebensgefährlichen Störungen Veranlassung; sie muss daher nur als ultimum refugium angesehen werden und nur da ausgeführt werden, wo andere, weniger gefährliche Operationen nicht zum Ziele führen. Andererseits aber sind solche Störungen selten und kann man dieselben, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, vorbeugen durch Verbesserung der Operationstechnik und Modificationen desselben. Solch' ein Modificationsversuch, der hauptsächlich der Möglichkeit des Zustandekommens von Darmverschlingungen vorzubeugen bestimmt ist, ist die von Prof. Werth eingeführte vesicofixatio. Bei dieser Operation wird das cavum vesico-uterinum, durch Befestigung des Uterus am peritonaeum der Blase vollständig vernäht, sie wird entweder als solche oder gleichzeitig mit der ventrofixatio ausgeführt. Die vesicofixatio hat die Vorzüge, dass 1) der Uterus dabei seine normale, physiologische Lage und Beweglichkeit behält, 2) Darmverschlingungen nicht mehr zu befürchten sind und 3) im Falle eingetretener Schwangerschaft, der, am beweglichen Blasenperitonaeum befestigte, Uterus sich ungehindert vergrössern kann. Andererseits ist aber zu befürchten, dass das Blasenperitonaeum eine zu schwache Stütze für den zur Retroflexio stark geneigten Uterus darstellt. In Folge dessen wird die Vesicofixatio, als selbstständige Operation, nur selten ausgeführt, sondern hauptsächlich dann, wenn bei Laparotomien aus verschiedenen anderen Veranlassungen der Uterus retroflectirt gefunden wird, oder bei normaler Lage des Uterus, wenn vorauszusehen ist, dass sich bald eine Retroflexio ausbilden wird. So beobachtete Prof. Werth, dass sich nach Operationen, besonders nach Excision der Ligamenta lata, Retroflexionen entwickeln und macht desshalb in solchen Fällen immer eine praeservative Vesicofixatio. In allen übrigen Fällen wird von ihm die Ventrovesicofixatio ausgeführt, wodurch wenigstens die Möglichkeit der Darmverschlingungen ausgeschlossen wird. Von 1884 bis Februar 1896 wurden in der Kielschen Klinik 85 Operationen dieser ersten Gruppe ausgeführt und zwar: Ventrofixationen 3, Ventro-vesicofixationen 66 und Vesicofixationen 16. Ohne auf die sehr interessanten Einzelheiten all' dieser Fälle einzugehen, begnügen wir uns hier mit der Angabe, dass die Resultate in fast allen sehr befriedigend waren, sowohl in anatomischer, wie in functioneller Hinsicht. Die Patientinen verliessen die Klinik vollständig oder wenigstens zum grössten Theil von allen Beschwerden befreit. Der Uterus lag normal, war unempfindlich und bis zu einem gewissen Grade beweglich. Diese Resultate blieben, soweit die Fälle sich in ihrem weiteren Verlaufe verfolgen liessen, constant.

II. Die Verkürzung der Ligamenta rotunda (Alexander's Operation). Diese Operation soll nur bei Retroflexionen angewandt werden, bei denen der Uterus vollkommen beweglich ist und keine Adhäsionen desselben vorhanden sind, die Behandlung aber durch Pessarien und Massage aus irgend einem Grunde nicht angewandt werden kann. Auch sollen die Fälle durch keine krankhafte Veränderungen complicirt sein, für deren Behandlung eine Laparotomie nothwendig erscheint. Die Lig. rotund. müssen nicht auf 4—5 ctm., wie es von Alexander angegeben worden ist, sondern auf 8—12 ctm. verkürzt werden. Die Befestigung derselben an der Bauchwand muss eine sehr sorgfältige sein, damit die Nähte die Lig. nicht durchschneiden. Um die Ligamente leichter aufzufinden, müssen die Leistenkanäle bei der Operation gespalten werden und nach derselben wieder sorgfältig geschlossen werden, um die Entwickelung von Hernien möglichst zu verhindern. Mit all' diesen Cautelen wurde die Alexander'sche Operation von 1887 bis Februar 1896 in Kiel 54 Mal gemacht. Auch hier waren die Resultate in jeder Hinsicht befriedigend und constant: nur in 2 Fällen traten kurz nach der Operation Recidive ein.

III. Vaginofixatio uteri. Diese Operation wurde, von 1894 bis Februar 1896, 50 Mal ausgeführt und zwar in 29 Fällen nach Mackenrodt und in 21 Fällen nach Duhrssen. Die nach Mackenrodt operirten Fälle gaben ein hohes % Recidive und darf diese Operationsmethode nicht angewandt werden. Bessere Resultate gab die Operation nach Duhrssen, die auch bei adhärentem Uterus und Complicationen seitens der Adnexa ausgeführt werden kann. Bei eingetretener Schwangerschaft und nachfolgender Geburt kommen aber bei derselben häufig sehr schwere Störungen vor, weshalb diese Operationsmethode auf Retroflexionen im hohen Alter beschränkt werden muss.

R. Katz. «Ueber das minimum der Beleuchtung bei der Arbeit.» (Nr. 18 und 20.)

Auf Grund der von ihm an 42 Schülerinnen ausgeführten Untersuchungen glaubt Verf., dass das Cohn'sche minimum von 10 Meter-Licht nicht als unabänderlicher Lehrsatz betrachtet werden darf. Das von ihm festgestellte minimum beträgt 4 Meter-Licht. Beschäftigungen bei einer schwächeren Beleuchtung müssen als unbedingt schädlich betrachtet werden.

N. Klepzow. «Ueber Solanin und die Methoden seiner Bestimmung in der Kartoffel.» (Nr. 18, 19 und 22.) Sieh Ref. in dieser Beilage, pag. 18, 1896.

B. Greidenberg. «Zur Statistik und Aetiologie der fortschreitenden allgemeinen Paralyse der Irren.» (Nr. 19 und 20.)

In den Jahren 1885 bis 1895 incl. wurden in der psychiatrischen Abtheilung der Simpheropolschen Armenanstalten 2333 Geisteskranke behandelt, unter denen sich 300 an fortschreitender allgemeiner Paralyse der Irren leidende befanden. Die Beobachtungen des Verf., als Vorstand dieser Abtheilung führen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Paralysis generalis progressiva vesanorum befindet sich, besonders beim weiblichen Geschlechte in stetiger Zunahme. 2) Die Häufigkeit der Krankheit beim männlichen und weiblichen Geschlechte zeigt im Taurischen Gouvernement das Verhältniss von etwa 10:5. 3) In 9,3% der Fälle beginnt die Krankheit noch vor dem 30. Lebensjahre. 4) Vorzugsweise eine Krankheit der Stadt, verbreitet sie sich allmählig auch auf dem Lande. 5) In der Stadt scheint die Krankheit sich zu «demokratisiren», indem sie immer häufiger die mittlere und niedere Volksklassen befällt. 6) Die Hauptursachen sind Syphilis, Alkoholismus und Heredität. 7) Die Syphilis kann nicht als einzige Krankheitsursache betrachtet werden, da sie in der Anamnese mehrerer Patienten überhaupt fehlte, und war in diesen Fällen die Hauptursache, besonders bei Weibern, Alkoholismus. 8) In verschiedener Combination mit einander sind die genannten 3 Ursachen stärkere Krankheitserreger, als jede für sich einzeln genommen.

Prof. N. Fenomenow. «Ueber die Methoden der chirurgischen Behandlung der Blasenscheidenfisteln.» (Nr. 21.)

Prof. S. Salessky. «Die Hauptergebnisse der im Sommer und Herbst 1895 ausgeführten hydro-chemischen Untersuchungen des Narsans.» (Nr. 21—23.)

A. Losinsky. «Zur Frage über die larvirten Formen des Wechselfiebers.» (Nr. 23.)

Vorläufige Mittheilung.

Auf Grund mehrerer Beobachtungen stellt L. folgende Thesen auf:

1) Die überwiegende Mehrzahl der Malariakranker in sumpfigen Gegenden gehört zum gesunderen Theil der Bevölkerung, während die Fälle larvirten Wechselfiebers vorzugsweise bei schwachen und erschöpften Leuten beobachtet werden.

2) Beim langen Bestehen der intermittens larvata entwickelt sich, ebenso wie nach unbehandelter oder ungenügend behandelter typischer Malaria, ein kachektischer Zustand.

3) Die Form, in der die Malaria sich bei erschöpften Leuten äusserst, hängt hauptsächlich von der primären Ursache ihrer Erschöpfung ab und befällt die Krankheit vorzugsweise den locus minoris resistentiae.

4) Der Gebrauch von Chinin kann bei intermittens larvata einen typischen Malariaanfall hervorrufen.

Sacher.

Der VI. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte in Kiew.

(Referirt nach dem «Wratsch.»)

Geburtshülflich-gynaekologische Section.

I. Sitzung am 22. April 1896.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. Dr. Ott gewählt.

Herr Bogaewsky hält einen Vortrag über 150 Laparotomien im Krementschugschen Landeshospital.

Vom 8/V. 1885 bis zum 4/III. 1896 wurden vom Vortragenden 150 Laparotomien (Mortalität = 10,6%) gemacht. Darunter waren: Ovariotomiem 79 (Mortalität = 11,3%) und Exstirpationen von Cysten der Ligamenta lata 7 (Mortalität = 0); Myomotomien 16 (Mortalität = 18,7%); Exstirpationen der Adnexa 7 (Mortalität = 0); Fixationen des Uterus 14 (Mortalität = 0); Probelaparotomien 14 (Mortalität = 7,1%); Laparotomien bei Extrauterinschwangerschaft 4 (Mortalität = 50%) und Laparotomien aus anderen Veranlassungen 11 (Mortalität = 1%).

Bei den Ovariotomien wurden 18 Mal doppelseitige, 33 — rechtsseitige, 32 — linksseitige Neubildungen der Eierstöcke entfernt; in 3 Fällen wurde der Sitz derselben nicht notirt. Behandlungen des Stumpfes: mit Ausnahme von 5 Fällen, stets intraperitonäale Versenkung. Die intraligamentären Kystome wurden, nach Schröder, partiell entfernt. Das Gewicht der exstirpirten Tumoren schwankte zwischen ½ und 52⅝ Pfund. Verwachsungen mit den Nachbarorganen sind in 86 Fällen, Stieltorsionen 4 Mal, Durchbruch der Kystome durch die Bauchwand 2 Mal notirt. Probepunction vor der Operation — 16 Mal; Dauer der Operation durchschnittlich 66 Minuten. Verbleiben der Operirten im Hospital durchschnittlich 24 Tage. Erster Verbandwechsel und Entfernung der Nähte am 9. Tage. Bei den Myomotomien waren die Tumoren in 10 Fällen interstitiell, in 4 — subserös, in 2 — subserös und multipel. Bei den ersten wurde in 6 Fällen die supravaginale Amputation, nach Schröder, und in 4 — nach Ott intraperitonäal gemacht. Die 4 subserösen, gestielt auf dem Uterus sitzenden Myome wurden wie bei der Ovariotomie abgetragen, in den 2 übrigen Fällen — Enucleation, Einnähen der Kapsel in den unteren Winkel der Bauchwunde, Drainage. Gewicht der Tumoren: 1½—18½ Pfund. Durchschnittliche Operationsdauer etwa 2 Stunden, Verbleiben im Hospital nach der Operation durchschnittlich 20 Tage. Uterusfixationen 14. Indicationen: Prolapsus uteri — 10; Senkungen des Uterus — 2; Retroflexio — 1; Retroversio 1. Nachbehandlung durchschnittlich 17 Tage. Probelaparotomien — 14, darunter 12 bei inoperablen, malignen Neubildungen der Bauchhöhle. Laparotomien bei Extrauterinschwangerschaft — 4. Genesen — 2; in beiden Fällen wurde eine todte, ausgetragene Frucht extrahirt ohne Exstirpation des Fruchtsackes. In einem Falle erfolgte der Tod der Pat. plötzlich unter Shock am 20. Tage nach der Operation, beim Versuch Placentarreste zu entfernen. Ursachen der 16 Todesfälle: Peritonitis — 4, Herzparalyse — 3, Kachexie — 3, Shock — 2, Blutung — 2, Lungenentzündung — 2, Pyämie — 1.

Darauf berichtete Prof. Dr. Ott über die Behandlung der fibromatös degenerirten Gebärmutter durch Totalexstirpation. Diese Operation wird von Ott nach drei verschiedenen Methoden gemacht: 1) Totalexstirpation des Uterus im Ganzen oder durch Zerstückelung desselben von der Vagina aus; 2) Entfernung von der Bauchhöhle aus; 3) combinirte Methode — per vaginam et laparotomiam. Bei den von Januar 1894 bis März 1896 behandelten 99 Patientinen mit fibromatös generirter Gebärmutter wurde die Totalexstirpation 53 Mal gemacht, darunter 7 Mal per laparotomiam, 3 — nach der combinirten Methode und 43 per vaginam. Bei den letzteren wurde der Uterus 9 Mal als Ganzes entfernt, — zerstückelt. Die Zerstückelung wurde nur bei Tumoren von beträchtlicher Grösse, etwa des Kopfes eines Neugeborenen und grösseren, vorgenommen. Die Technik derselben ist folgende: Abbindung der Parametrien, Eröffnung derselben, Abbindung der Ligamenta lata; darauf wird die Portio vaginalis mit einer Zange möglichst tief nach unten gezogen und keilförmig excidirt, wobei vordem aber die darüberliegenden Theile des Tumors ergriffen worden; dann werden auch diese nach unten gezogen und, nach Abbindung der höher liegenden Theile der Ligamenta lata, ebenfalls entfernt. Die Operation fordert genaue Kenntniss der topographischen Verhältnisse und sorgfältige Blutstillung. Contraindicirt ist die Exstirpation per vaginam bei der Entwickelung des Tumors von der Portio vaginalis und Hineinwachsen desselben zwischen die Ligamenta lata. In diesen Fällen ist die Laparotomie viel zweckmässiger. Von den 43 Operirten starb nur eine an Lungentuberculose, nach dem sie sich von der Operation schon erholt hatte. Der Verlauf nach der Operation war ein leichter, keine Complicationen durch entzündliche Exsudate und keine besondere Reactionen seitens des Organismus. Auf Grund seiner Erfahrungen zählt Prof. Ott die Totalexstirpation des fibromatös degenerirten Uterus zu den werthvollen Errungenschaften der Gynaekologie und zieht dieselbe den übrigen Methoden vor.

2. Sitzung am 25. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Privatdocent M. Mironow gewählt.

Dr. F. Bukoemsky: Ueber die Linderung der Schmerzen bei der normalen Geburt. Seit der ersten Versuche die schmerzstillenden Mittel auch in der Geburtshilfe anzuwenden, ist jetzt schon ein halbes Jahrhundert verflossen. Die während dieser Zeit gesammelten Erfahrungen sprechen nur zu Gunsten derselben. Die Berechtigung auch die auf einem physiologischen Vorgang, wie die normale Geburt, beruhenden Schmerzen zu lindern oder ganz aufzuheben, kann nicht bestritten werden. Diese Ansicht findet jedoch unter den Aerzten eine sehr träge Verbreitung. In seinem Vortrage richtet B. die Aufmerksamkeit der Collegen nochmals darauf, dass die schmerzlindernden Mittel auf den Hergang der Geburt keinen schlechten Einfluss haben und zuweilen sogar von grösstem Nutzen sind. Seine an 53 Kreissenden theils mit Hülfe des Tokodynamometers, theils nach anderen Methoden gemachten Beobachtungen über die Wirkung des Aethers (45 Fälle) und des Chloroforms (8 Fälle) haben ergeben: beim Gebrauch des Aethers; Puls und Athmung bleiben fast unverändert, Dauer der Geburt kürzer, Eiweiss im Urin nie beobachtet, Contractionskraft des Uterus erhöht, die Rückbildung desselben geht besser vor sich; Icterus neonatorum seltener, die Gewichtsabnahme derselben in der ersten Woche geringer. Der Aether ist ein zuverlässiges und ungefährliches Mittel, welches ausserdem keine genaue Dosirung erfordert. Chloroform verlangsamt etwas den Verlauf der Geburt, ist aber für Mutter und Kind ganz unschädlich. Aether verdient dem Chloroform vorgezogen zu werden, beide sind sie aber die besten und zuverlässigsten Mittel, um den Verlauf der Geburt schmerzlos zu machen. Dieser Meinung schloss sich auch Privatdocent W. Dobronrawow an und schlug der Section vor, nach vorheriger Einwilligung des Congresses, sich an alle mit der Geburtshülfe sich beschäftigende Collegen zu wenden und sie zu gemeinschaftlichen klinischen Untersuchungen über die Schmerzlinderung bei der Geburt aufzufordern. Die auf diese Weise von den russischen Aerzten gesammelten Erfahrungen sollen darauf auf dem XII internationalen Congress in Moskau zur Besprechung kommen. Dieser Vorschlag wurde von der Section angenommen. An der darauffolgenden Discussion betheiligten sich: Prof. Samschin meinte die Zahl der Beobachtungen des Vortragenden sei zu gering, um die Ergebnisse derselben mit dem Material der geburtshülflichen Anstalten vergleichen zu können. Jedenfalls sei aber die Schmerzlinderung bei der Geburt sehr wünschenswerth. Dr. Neelow fragte, wie der Vortragende die von ihm beobachteten günstigen Erscheinungen beim Gebrauch des Aethers erkläre. Privatdocent Gawronsky führte die Statistik der Todesfälle bei der Narkose an, die zu Gunsten des Aethers spricht. Dr. Olenin bemerkte, dass die Beobachtungen von Bukoemsky nur gesunde Kreissende betreffen; es sei deshalb noch fraglich, wie der langdauernde Aethergebrauch auf andere, an Albuminurie, Herzfehlern, Lungenkrankheiten etc. Leidende wirken wird. Dr. Ssawitzky sah sehr gute Resultate vom Antipyrin, von dem er 1,0 zusammen mit 15—25 Tropfen Trae Opii per Klysma giebt und nach 2—6 Stunden die Gabe wiederholt. Die Schmerzen werden dabei geringer, zuweilen tritt Schlaf ein, was bei Krampfwehen besonders nützlich sei. Die Blutungen sind geringer. Nebenwirkungen — keine. Die Wirkung tritt nach 15—20 Minuten ein. Nach den Beobachtungen von Dr. Pargamin stillt das Chloral-Hydrat prompt die Schmerzen und das Erbrechen. Der Vortragende antwortete darauf, dass er den günstigen Einfluss des Aethers nur constatire, eine Erklärung dafür aber nicht geben kann. Die Bronchitiden, an denen einige seiner Kreissenden litten, verschlimmern sich beim Gebrauch des Aethers nicht.

Prof. A. Samschin. Zur Frage der Förderung der Kenntnisse der prakticirenden Hebammen im Interesse der Stadt- und Landbevölkerung. Die medicinischen Kenntnisse der Hebammen sind sehr mangelhaft. Anstalten, in denen die prakticirenden Hebammen von Zeit zu Zeit ihre Kenntnisse vervollständigen könnten fehlen (mit Ausnahme einiger privaten Anstalten und des Klinischen Hebammeninstituts in Petersburg) bei uns fast vollständig. Es ist deshalb die Einrichtung von Repetitionscursen für die prakticirenden Hebammen sehr wünschenswerth. Ebenso muss das Programm des Unterrichtes der Hebammen abgeändert werden, um den Wirkungskreis derselben zu erweitern (Ausführung einiger Operationen, Diagnostik und Therapie der Frauenkrankheiten). Prof. machte auch einige Vorschläge im Bezug auf die nähere Art und Weise der Einrichtung solcher Repetitionscurse. Darauf hielt Dr. Anscheless einen dieselbe Frage betreffen-

den Vortrag: Ueber den gegenwärtigen Stand der Geburtshülfe in der Provinz. An sehr vielen Orten ist das Wochenbettfieber eine alltägliche Erscheinung, woran einerseits die Armuth und Unwissenheit der Bevölkerung, andererseits aber auch der Mangel an gut geschulten Hebammen beschuldigt werden muss. Es müssten in den Städten Entbindungsanstalten für Arme gegründet werden und die Zahl der Hebammen auf dem Lande vergrössert werden. Das Volk sollte durch Broschüren und leicht verständliche Vorlesungen über die Sache unterrichtet werden. Diese sehr wichtige Frage, die schon längst die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publicums gewonnen hatte, wurde sehr viel und lebhaft discutirt; endlich wurden von der Section folgende von Prof. Ott gemachten Propositionen acceptirt, um dieselben dem Congress vorzulegen: 1) Im Namen des Congresses sich an die Regierung für die Einrichtung von Repetitionscursen für Hebammen zu verwenden. 2) Sich an die Landbehörden und andere Stiftungen für das Hinschicken der Hebammen zu diesen Cursen zu verwenden. 3) Gründung eines ständigen Büreau zur Sammlung des diese Frage betreffenden Materials. Das gesammte Material wird auf den künftigen Congressen besprochen werden. Als Büreau könnte das klinische Hebammeninstitut dienen.

Den folgenden Vortrag hielt Dr. S. Schalita: Ueber Schleimhauttransplantation bei Atresie der Vagina. Vortragender verfährt dabei folgendermassen: unter Chloroform wird an Stelle der Vagina auf stumpfem Wege eine Röhre von entsprechender Länge und Breite gemacht und in dieselbe auf 24 Stunden ein mit Jodoformgaze umwickeltes röhrenförmiges Guttaperchaspiegel eingeführt; dadurch wird die Blutung gestillt. Nach Entfernung dieses Spiegels wird auf einige Tage ein anderes, röhrenfömiges, gefenstertes Speculum eingeführt. Darauf wurden von der inneren Oberfläche der grossen Schamlippen $^1/_2$ bis 2 ctm. grosse Schleimhautstücke ausgeschnitten und mit einem Schaufelchen durch die Fenster des Speculums unmittelbar auf die Wundfläche übertragen und sorgfältig angepasst. Diese Procedur wird solange wiederholt, bis der grösste Theil der Röhrenwände bedeckt ist. Damit diese aus den Fenstern des Speculums nicht herausstecken, wird in dasselbe ein anderes nicht gefenstertes Röhrenspeculum eingeführt, das ans erste genau passt. Diese Specula werden einige Tage liegen gelassen, bis die Schleimhautstücke angeheilt sind. Der Vortragende zeigte eine 16-jährige Pat. bei der ihm auf die beschriebene Weise gelungen ist eine 9 ctm. lange und $2^1/_2$ ctm. breite Vagina herzustellen. Dr. Woinitz zeigte eine Pat. mit Inversion der Harnblase. Der Fall ist in «Medycyna» 1894 beschrieben.

S.

Obosrenije Psichiatrii, Newrologii i eksperimentalnoi Psichologii. Nr. 1—3. Januar—März 1896.

Bechterew: «Die Contacttheorie und die Lehre von den Entladungen der Nervenenergie als einer Bedingung für die Fortleitung der Nervenerregung.

Anatomische und physiologische Gründe bewegen B. die Contacttheorie fallen zu lassen und sich für die Entladungstheorie zu entscheiden. Er stellt sich die Verbreitung der Nervenerregung folgendermaassen vor: Der auf einen peripheren Reiz hin in einer Nervenzelle entstandene Impuls verbreitet sich längs ihrem Nervenfortsatze zu den Endverzweigungen des letzteren, welche sich mit den Fortsätzen oder dem Körper einer anderen Zelle berühren oder ihnen sich auch nur nähern; hierbei entsteht in den letzteren ein neuer Impuls, der wieder längs dem Nervenfortsatze weiterläuft gleichwie der erste in der Anfangszelle entsprungene Impuls. Jede Leitungsbahn, centrifugale wie centripetale, besteht mindestens aus 2 Nervengliedern, häufiger aus vielen, es ist daher offenbar, dass die Leitung von der Peripherie bis zur Hirnrinde und zurück darstellt eine continuirliche Reihe von Erregungen, etwa wie in einer Kette von Leydener Flaschen, welche in einer Reihe continuirlich gelegener, zum gegebenenen Leitungssystem gehörender Nervenglieder oder =einheiten entstehen. Auf diesem Wege kann die Erregung sich seitwärts verbreiten längs der Seitenzweige der Nervenfasern, auf diese Weise sich auf andre Gebiete des Nervensystems zerstreuen, indem sie diese in Miterregung versetzt. Die in den sensiblen Nerven entdeckten absteigenden Fasersysteme geben dem Gesetz von der excentrischen Verlegung unserer Sinnesempfindungen die bisher fehlende anatomische Grundlage.

Ostankow: «Ueber die Behandlung der tabischen Magenkrisen».

Cerium oxalicum wird dringend empfohlen, da es die Intensität und Frequenz der Anfälle bedeutend herabsetzt. Dosis 0,05—0,15 pro die 4 mal.

Tschisch: «Experimentelle Untersuchung des Gedächtnisses für Schallempfindungen».

Versuche an 2 Gesunden und 2 Patienten lassen schliessen, dass bei intelligenten Leuten das Gedächtniss im Laufe von 10 und auch mehr Minuten die Intensität der Schallempfindung bewahrt ebenso gut wie unmittelbar nach ihrer Aufnahme; nach Verlauf dieser Zeit geht die Empfindung unter allmählicher Abschwächung in ein Erinnerungsbild, eine Vorstellung über.

Akopenko: «Fragen der Hypnologie in der Literatur des Jahres 1895.»

Der grosse Widerstreit der Meinungen in Sachen des Hypnotismus wird in diesem Compilationsreferat deutlich offenbart. Während die Einen energisch die Nutzlosigkeit und Schädlichkeit des Hervorrufens hypnotischer Erscheinungen urgieren, diese für hysterisch, jedenfalls für unnormal erklären, behaupten die Anderen genau das Gegentheil; zu Letzteren gehören u. A. die ganze Nancy'sche Schule, sowie Prof. Bechterew, dessen Ansichten ausführlicher mitgetheilt werden. Auf jeden Fall erschienen die Thatsachen, welche die Schädlichkeit der Hypnose beweisen sollen, durchaus nicht unbestreitbar, in vielen Fällen wäre das Urtheil über den vermeintlichen Schaden ein voreiliges. Von ebenso zweifelhaftem oder wenigstens unbegründetem Werthe seien die theoretischen Anschauungen über die Hypnose als einen pathologischen Zustand. An der Hand der Untersuchungen von Bechterew, Berilton u. A. wird wiederum die Analogie zwischen dem natürlichen Schlafe und der Hypnose darzulegen versucht; danach müsse die Hypnose als ein künstlich hervorgerufener, nicht als ein suggerirter Schlaf definirt werden. Auch die hypnotischen Hallucinationen und Illusionen haben nach den Untersuchungen Bergmann's, Forel's als physiologische zu gelten; übrigens leugnet Delboeuf vollkommen deren Realität, da die Somnambulen gar keine suggerirten Empfindungen im Bewusstsein hätten, sondern nur mit entsprechenden Vorstellungen operirten. Noch weiter geht Prof. Fuchs: Er führt die hypnotischen Erscheinungen auf Betrug von Seiten der Untersuchten und auf Leichtgläubigkeit der Beobachter zurück, es sei Alles Betrug, Selbstbetrug, Enthusiasmus, Charlatanerie. Angesichts solcher Urtheile müsse man sich nach Mitteln für eine Controlle über das Bestehen und den Charakter der strittigen Hallucinationen umsehen. Es werden Versuche von Bechterew angeführt, welche die Realität der Hallucinationen und ihren Charakter als Empfindung, nicht als Vorstellung beweisen sollen. Wie subtil und sorgfältig solche Untersuchungen ausgeführt werden müssen, gehe daraus hervor, dass Beobachtungen vorliegen, wo bisher für objectiv geltende Anzeichen willkürlich hervorgerufen werden konnten, nämlich die willkürliche Aenderung der Pulsfrequenz und die willkürliche Verengerung der Pupille. Auto- und Contrasuggestionen bilden wichtige Förderer resp. Hemmnisse für das Gelingen von Suggestionen; Contrasuggestionen können äussere und innere sein; äussere, wenn die Versuchsperson sich bewusster Weise gegen die Einschläferung sträubt, innere, wenn im Bewusstsein der Suggestion feindliche Vorstellungen vorhanden sind, deren Bekämpfung viel Findigkeit und Beobachtung von Seiten des Hypnotiseurs erfordert. Hieraus erklärt sich nach Grossmann auch, warum es viel schwieriger ist, auf dem Wege der hypnotischen Suggestion Schmerzen organischen Charakters zu beseitigen, als solche, welche von functionellen Schädigungen abhängen. Der mächtige Einfluss der Autosuggestionen zeige sich in den Fällen, wo auf der Basis autosuggerierter Hallucinationen vollkommen ausgebildete Wahnsysteme entstehen.

Alles in Allem: Die ungeheure Verwirrung auf dem Gebiete der Hypnologie hat sich im Laufe des letzten Jahres um Nichts gelichtet, es bedarf noch vieler äusserst vorsichtig und sorgfältig anzustellender Untersuchungen, um allmählich der Wahrheit näher zu kommen.

Bechterew: «Die Bedeutung der epithelialen Apparate der sensiblen Nerven in Beziehung zum qualitativen Unterschiede der aufzunehmenden Empfindungen.»

Bei dem im Wesentlichen gleichförmigen Bau der Nervenelemente kann die qualitative Unterscheidung unserer Empfindungen nur durch den Unterschied im Charakter der nervösen Erregungen in der Peripherie und durch jene Eigenthümlichkeiten des Nervenstromes, welche durch ersteren bedingt sind, erklärt werden. Die peripheren Nervenendigungen besitzen in den epithelialen Apparaten nicht nur Schutzvorrichtungen, sondern auch Vermittler der peripheren Reizung. Die Complicirtheit des Baues und die Mannigfaltigkeit dieser

epithelialen Apparate weisen auf ihre Aufgabe hin, die mannigfaltigen Empfindungen aufzunehmen und qualitativ zu unterscheiden, den äusseren rein physischen Process in einen physiologischen in der Nervenendigung zu verwandeln, den äusseren Reiz in eine solche Form umzusetzen, die völlig geeignet erscheint zur Erregung der Nervenfaser. Letztere selbst gestaltet sich äusserst verschieden; je nach der Einrichtung der peripheren Aufnahmeorgane, ist bald eine mechanische, in Form von Erschütterung, Druck, Zerrung, Verschiebung, bald eine chemische. Auch der Charakter der Nervenerregung ist verschieden je nach dem Unterschiede in dem Reize selbst. Das Gesetz von der specifischen Energie der Sinnesnerven widerspräche scheinbar der Annahme, dass die Unterschiede im Charakter unserer Empfindungen von den an der Peripherie gelagerten Vorrichtungen abhängen; es liesse sich jedoch durch die gewohnheitsmässige Neigung der Sinnesnerven und deren Centren erklären, nur in bestimmter Weise auf äussere Reize zu reagiren d. h. nur solche Nervenströme zu leiten, welche gewöhnlich in ihnen bei Erregung von der Peripherie her verlaufen. Auch der Charakter der centrifugalen Erregung steht zweifellos stets in Abhängigkeit von den Endapparaten (Muskelgewebe, Drüsenzellen u. A.), zu welchen die centrifugalen Nervenendigungen in Beziehung treten.

Raichlin: «Tabes dorsalis, complicirt durch Zitterlähmung und organische Hemiplegie».

Ausführliche Krankengeschichte. Interessant ist das äusserst seltene Hinzutreten einer Paralysis agitans zur Tabes.

Bechterew: «Ueber krankhafte Empfindungen und Mitempfindungen bei Geisteskranken».

Mittheilung zweier Krankengeschichten, um den Einfluss obiger Erscheinungen auf das Gebahren der Kranken, eventuell auf die Entwickelung von Wahnideen zu illustriren. Solche Empfindungen entstehen offenbar in Folge der pathologisch erhöhten und veränderten Erregbarkeit der höheren psychischen Centra, die ihrerseits wieder durch die Störung in deren Ernährung und Blutumlauf begründet ist.

Iwanow: «Ueber asthenische Bulbärparalyse».

Literatur genannter Krankheit, deren Symptome sind: 1) Bulbärsymptome, zu welchen sich leicht solche von Seiten der den Augapfel bewegenden Nerven gesellen. 2) Schwäche der Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes, hauptsächlich des Oberarmes und des Oberschenkels. 3) Normaler Umfang und fehlende Entartungsreaction an allen betroffenen Muskeln. 4) Aeusserst häufiger Wechsel der Krankheitserscheinungen, abhängig von der anormal schnellen Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit des motorischen Apparates. 5) Fehlen von Sensibilitäts-, Blasen- und Mastdarmstörungen. 6) Fehlen irgendwelcher anatomischer Veränderungen. 7) Möglichkeit der Heilung. Ausführliche Beschreibung eines einschlägigen Falles. Verf. ist geneigt, die Krankheit als eine Erscheinungsform der Neurasthenie aufzufassen (N. bulbaris). Er macht weiter darauf aufmerksam, dass unter den als Ophthalmoplegia progressiva und externa beschriebenen Fällen sich vielfach solche von asth. Bulbärparalyse finden, und dass die sog. vertige paralysant (Gerlier'sche Krankheit) grosse Analogien bietet mit der von ihm besprochenen Krankheit. Therapeutisch sind absolute Ruhe und forcirte Ernährung die Hauptfactoren.

Tschigajew: «Ueber den Einfluss des Zitterns auf Nervenkranke».

Vorläufige Mittheilung der mit dem Vibrationstische (in der Hauptsache eine Holzplatte, die durch eine an ihr befestigte Stimmgabel in Schwingungen versetzt wird) gewonnenen Erfahrungen. Die unmittelbaren und die Spätwirkungen dieser therapeutischen Maassnahme waren: Schläfrigkeit, Pulsverlangsamung, Aenderung der Athemfrequenz, Sinken der Körpertemperatur, Zunahme der Kraft in den Händen, Steigen des Blutdruckes, Verschwinden von Hyp- und Anästhesien, quantitativ veränderte Reflexerregbarkeit ging zur Norm zurück, subjectives Wohlbehagen stellte sich ein. Der günstigste Einfluss liess sich an Neurasthenikern, speciell sexualen, constatiren.

Bechterew: «Ueber das Kniescheibenphaenomen als diagnostisches Zeichen von Nervenkrankheiten, und über andere verwandte Erscheinungen».

Das Kniescheibenphänomen (klonisches Zittern der patella bei Dehnung des m. quadriceps femoris), ein Analogon des Fussclonus, kann bei gesunden Menschen nicht hervorgerufen werden. Es wird beobachtet ebenso wie der Fussclonus bei spastischer Spinalparalyse, amyotrophischer Lateralsklerose, multipler Sklerose, bei cerebralen und spinalen Heerdprocessen, welche mit absteigender Degeneration der Seitenstränge verknüpft sind. Eine erhöhte diagnostische Bedeutung erhält sein Vorhandensein bei fehlendem Fussclonus. Sehr selten hat Verf. das Phaenomen bei Hysterie, traumatischer Neurose beobachtet, stets bei Paramyoclonus multiplex und einmal bei Akinesia algera, alles Krankheiten, die sich durch erhöhte Reflexerregbarkeit und besondere Convulsibilität auszeichnen. Bei Neurosen ist das Phaenomen stets auf beiden Seiten gleich stark ausgebildet, was bei organischen Leiden selten der Fall ist. Als seltenes Analogon konnte ferner klonisches Zittern in geeigneten Fällen nachgewiesen werden an den Unterextremitäten in den mm. peroneis, in den Beugern des femur, in den mm. glutaeis im m. biceps femoris, an den Oberextremitäten als sog. Carpalclonus und einmal die ganze Extremität betreffend. Diese selteneren Formen des klonischen Zitterns dienen erstens als Ausdruck der erhöhten Reflexerregbarkeit des Nervensystems, welche sich zudem in allen Fällen durch eine schroffe Steigerung der Sehnenreflexe kundgiebt, weisen zweitens als Erscheinungen, die für gewöhnlich bei functionellen Leiden nicht beobachtet werden, mit Bestimmtheit auf eine organische Läsion des Centralnervensystems hin.

Ossipow: «Ueber die Endigungen des Nervus vagus im verlängerten Marke».

Vorläufige kurze Mittheilung.

Dobrotworski: «Blutgeschwülste bei fortschreitender Lähmung Geisteskranker».

Ausführliche Krankengeschichten zweier Paralytiker, bei denen sich im Terminalstadium bei stark ausgeprägtem Selbstbeschädigungstriebe im Unterhautzellgewebe Haematome bildeten; bei dem einen bildeten sie sich an beiden Ohren in geringem, am rechten Unterarm in sehr grossem Umfange; beim zweiten Patienten entstand in der Sacralgegend 2 Mal nacheinander ein Haematom. Verf. schreibt ihnen einen entzündlichen Charakter zu, verspricht auf ihre Entstehung anderen Ortes genau einzugehen.

Bechterew: «Zur Frage über die Wechselbeziehungen der Zellen des Centralnervensystems».

Polemisch-kritische Auseinandersetzung mit Prof. Misslawski in Kasan über die physiologische Bedeutung der Protoplasmafortsätze der Nervenzellen. M.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoj Mediciny i Bakteriologii. Bd. 1 Liefg. 3 und 4.

Prof. M. N. Nikiforow: «Ueber die sogenannten malignen Deciduome».

In der letzten Zeit haben die Gynaecologen ihre besondere Aufmerksamkeit auf die Geschwulstbildungen des Uterus und der Tuben gelenkt, welche im Anschluss an Abort, Extrauterin gravidität und Blasenmolen sich entwickeln.

Verf. giebt eine literarische Zusammenstellung der publicirten Fälle und beschreibt einen von ihm beobachteten Fall. Nach einer unterbrochenen Tubargravidität entwickelte sich eine maligne Geschwulst, die von den Eileitern ausging und auf die Unterusadnexa, auf den Wurmfortsatz und auf das omentum rasch übergriff. Durch die Laparotomie wurden die Tuben mit den übrigen Adnexa und der Wurmfortsatz extirpirt. Die Kranke starb 4 Monate nach der Operation; die Section ergab Metastasen in den Lungen und in der Leber, welche dieselbe Structur, wie die von der Eileiterwand ausgegangene primaere Geschwulst, zeigten. Die Tumoren bestanden aus Zellhaufen ohne Stromagewebe, sogar Blutgefässe konnten nicht constatirt werden. Die Zellen stellten protoplasmatische Maassen mit Kern vor, ähnlich den Epithelien, welche die Oberfläche der Zotten auskleiden und welche aus dem Epithel der Uterusschleimhaut oder der Tubenschleimhaut gebildet werden; es sind eben Nichts anders, als das Syncytium der Zotten. Ausserdem waren noch andere Zellgebilde, epitheloide Zellen mit durchsichtigem Protoplasma und blasenartigem Kern; dieselben fanden sich auch in den metastatischen Tumoren. Verf. schlägt vor ähnliche Geschwülste mit dem Namen «Epithelioma chorii destruens» oder «Chorionepithelioma destruens» zu bezeichnen.

W. P. Obrastzow: «Zur allgemeinen Symptomatologie der Enteritis und Colitis.»

1. Enteritis: subjective Symptome:

a) häufige, ausgiebige, dünnflüssige Entleerungen, zunächst gefärbt, dann aber auch häufig farblos, wie bei der asiatischen und einheimischen Cholera.

b) die Stühle zeigen nur sehr geringe oder gar keine Beimengungen von Schleim.

c) Leibschmerzen fehlen, oder sind nur im Moment vor der Stuhlentleerung vorhanden.

Objective Symptome:

a) die Inspection ergiebt einen aufgetriebenen Leib.

b) Bei der Palpation constatirt man ein Gurren in der rechten fossa iliaca und in den in der Leistengegend gelegenen Dünndarmschlingen. In der Gegend des Dünndarms heller tympanitischer Klang (normal dumpftympanitisch). Das Colon ist bei den Enteritiden erweitert bis auf 5—8 cm. im Durchmesser, ergiebt starkes Gurren und einen metallisch klingenden Percussionston. Die Palpation der Dünndarmschlingen und des Colon ist völlig schmerzlos.

Bei der Colitis constatirt man gewöhnlich breiige Stühle, in denen die Faecalmassen mit vielen Schleimklumpen untermischt sind, häufig ist Blut vorhanden. Es sind ferner immer Schmerzen vorhanden, bald werden diese in der rechten Lendengegend, bald in beiden Hypochondrien, oder im ganzen Verlaufe des Colon, oder endlich nur im Anus localisirt. Bei der Palpation fühlt man das schmerzhafte, verdickte Colon, Gurren fehlt meist. Der Percussionston gedämpft oder gedämpfttympanitisch.

F. Lominski: «Ueber pathologische Producte und Distoma-Eier im Inneren des Hühnereies.»

W. Wissokowitsch: «Ein Fall von kriechendem Sarcom des Gesichts und der Schädelknochen.»

N. Wolkowitsch: «Ueber Veränderungen des Fibrins unter mechanischen Einflüssen in den Gelenken und Sehnenscheiden und über die Bildung der Reiskörper.»

A. Taljanzew: «Zur Frage von den Circulationsverhältnissen in den Kranzgefässen des Herzens.»

Experimentelle Untersuchungen an Hunden; sie ergaben:

1) Der Blutdruck ist in den peripheren Verzweigungen der Coronararterien zwar gering, jedoch sowohl bei der Systole, als auch in der Diastole positiv; die Veränderungen des Rytmus, der Häufigkeit und der Intensität der Herzcontractionen beeinflussen diese Druckhöhe nicht im Geringsten. wenn nur die Druckhöhe in der Aorta dieselbe bleibt. Aendert sich letztere dagegen, so verändert sich auch die Druckhöhe in den peripheren Coronarverzweigungen, wenn auch in viel geringerem Maasse.

2) Bei Tachycardie in Folge von Paralyse des Vagus und bei Bradycardie in Folge von Reizung desselben ändert sich die Druckhöhe in den Coronarien gemäss den Aenderungen des Aortendruckes.

3) In allen den Fällen, wo das Herz bei Vergrösserung der Widerstände in der Aotra, ihre Contractionen compensatorisch verstärkt, fliesst das Blut in den Coronararterien unter verstärktem Drucke und fliesst mit grösserer Geschwindigkeit aus den Coronarvenen. 4) Für eine regelmässige Coronarcirculation ist eine genügende Druckhöhe in der Aorta erforderlich.

M. Tschegolew: «Ueber experimentelle Erzeugung von Amyloid bei Thieren.»

Verf. hat zur Nachprüfung der Czerny'schen Befunde Experimente an Hunden und Kaninchen angestellt, indem er die amyloide Degeneration durch Injection von Terpentin und von Culturen des Stapylokokkus aur. in das subcutane Zellgewebe hervorrief. Im Allgemeinen konnte er die Cerny'schen Resultate bestätigen. Bei experimentell erzeugtem Amyloid auf dem Wege hervorgerufener Eiterung (sei es durch Mikroben oder durch chemische Agentien) kann man in den Anfangsstadien nirgends die amyloide Reaction nachweisen; eine Ausnahme bilden jedoch die Leucocyten und die denselben ähnlichen runden Zellen.

R. Witwitzki: «Ueber diagnostische Schwierigkeiten bei den Neubildungen in der regio epigastrica.»

Mittheilung eines Falles von primärem Lebercarcinom mit Metastasen im Pancreas und in den Lungen.

W. W. Faur: «Zur Aetiologie der Stimmbandlähmung.»

Die im Verlaufe der Pericarditis und Pleuritis auftretenden Lähmungen der Stimmbänder sind zwar bekannt, jedoch wenig beachtet worden. F. hat einen Fall in Behandlung gehabt, wo bei rechtseitiger exsudativer Pleuritis (auf tuberculösem Boden) Lähmung des linken Stimmbandes bestand. Mit Verkleinerung des Exsudats (auf dem Wege der Resorption) kam das nach links dislocirte Herz wieder in ihre normale Lage und die Stimmbandlähmung verschwand allmählich. Nach Möser erklärt Verf. die Lähmung des linken Stimmbandes durch Spannung und Traction des linken nerv. recurrens. Das grosse Exsudat dislocirte das Herz nach links und unten; die Aorta, und zwar deren Bogen und aufsteigende Theil folgen dem Herzen, der Arcus Aortae wurde mehr, als das Herz selbst nach unten deslocirt, dadurch muss der n. recurrens stark nach unten gezerrt werden, und auf diese Weise wird er paralysirt, ausserdem kann man sich leicht vorstellen, dass der an die Aorta herangezogene Nerv durch deren Pulsation geschädigt werden kann. Um die anatomische Lage des gezerrten Nerven genauer zu studiren, stellte F. Versuche an einer Kinderleiche an: in die rechte Pleurahöhle brachte er eine grosse Menge Wasser hinein und eröffnete die linke Thoraxhälfte ohne das Mediastinum zu laediren. Er fand, dass das Herz stark nach links und unten dislocirt worden war, die Aorta war dementsprechend verdrängt, der linke Recurrens bedeutend gespannt. Nachdem das Wasser abgelassen worden war, hörte die Spannung des Nerven auf. Weitere Versuche stellte F. mit dem Knoll'schen Myographen an: der linke Recurrens wird am Halse auspräparirt und mit dem Myographen verbunden, alsdann wird in die rechte Pleurahöhle Wasser hineingelassen; mit fortschreitender Füllung der Höhle und Dislocation des Herzens beginnt der Myograph eine aufsteigende Welle zu zeichnen, deren Gipfel dann erreicht wird, wenn die Pleurahöhle voll mit Flüssigkeit wird.

Abelmann.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. 1896. (Februar—Mai.)

P. Cholschewnikow: «Bericht über das anatomische Theater des Kronstädter Marinehospitals im Jahre 1894.» (Februar, März.)

Bietet nichts besonderes.

W. Aristow: «Ueber die Oxalurie.» (Februar—Mai).

Nach Anführung der Literatur und genauer Wiedergabe der Krankengeschichten einiger selbst beobachteter Fälle kommt Autor zum Ergebniss, dass im Harn nicht so selten grosse Mengen oxalsauren Kalkes erscheinen, wobei heftige Schmerzen im Kreuz und in verschiedenen Gelenken auftreten. Wahrscheinlich sind diese Schmerzen auf Ablagerung der oxalsauren Krystalle in den Gelenkbändern zurückzuführen, ähnlich wie bei Gicht. Die Anhäufung der Krystalle führt zur entzündlichen Schwellung der Gewebe und zur Temperaturerhöhung. Autor beobachtete ausserdem Patienten mit temporärer Oxalurie, die an Tuberkulose, Krebs, Diabetes litten. Die Oxalurie zeugt sowohl bei selbstständigem Auftreten, als auch bei secundärem Hinzutreten zu anderen Erkrankungen von Anomalien im Stoffwechsel. Die stets beobachtete relativ geringe Ausscheidung von Harnstoff in Verbindung mit Fehlen von Oxalurie bei hohen Temperaturen veranlasst Autor sich für die Bouchard'sche Ansicht zu erklären, die darin gipfelt, dass die Oxalurie ein Zeichen von vermindertem Stickstoffzerfall ist. Bei gesunden Menschen wurde niemals eine stärkere Ausscheidung von oxalsauren Kalk beobachtet. Das häufige Auftreten von Oxalurie berechtigt Autor zur Annahme, dass bei genauerem Studium dieselbe mehr Bedeutung gewinnen wird, als es bis jetzt der Fall war.

S. Sadowsky: «Bericht über eine Abkommandirung ins Ausland.» Schluss. (Februar).

M. Chrabrostin: «Bericht über den sanitären Zustand des Sweaborger Hafens.» (März).

A. Tschemolossow: «Zur Frage der hyalinen Degeneration der Conjunctiva.» (März, April).

T. machte seine Untersuchungen an 2 Patienten der Moskauer Augenklinik und gewann dabei die Ueberzeugung, dass die hyaline Degeneration nicht als Uebergangsform zum Amyloid, sondern als Krankheit sui generis, übereinstimmend mit Vossius und Kamocki zu betrachten ist. Nach T. ist die hyaline Degeneration die Folge einer chronischen Hyperplasie des Conjunctivalgewebes verbunden mit Periarteriitis und Endarteriitis, durch die die Ernährung der Gewebe leidet und eine hyaline Degeneration sowohl des Bindegewebes, als auch der Zellelemente resultirt. Die bindegewebige Degeneration findet sich im Knorpel, die zellige im adenoiden Gewebe, wobei die Ablagerung des Hyalins augenscheinlich nicht innerhalb der Zellen, sondern ausserhalb derselben stattfindet. In dieser Periode progressirt der Process. Das Hyalin hat dabei entweder streifigen (besonders im Tarsaltheil) oder reticulären Charakter (im adenoiden Theil). Später atrophiren die Zellen, die vom Hyalin eingeschlossen sind, zugleich mit dem Reticulum. Es bildet sich die amorphe hyaline Scholle, die den Stillstand des Processes anzeigt. In dieser Periode entwickelt sich nämlich zum Schutz des befallenen Organs eine bindegewebige Membran um das Hyalin und, zweitens treten Riesenzellen auf, die von der Peripherie aus das Hyalin aufzehren.

W.

Довв. цена. Спб. 27 Іюля 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1896.

Wratsch. Nr. 24–28 incl.

A. Rudnew. «Zur Frage über den acuten Rotz beim Menschen». (Nr. 17, 18, 20, 23 und 24).

In Veranlassung des Todes des Studenten der Militärmedicinischen Academie W. Manswetow, der sich im Februar bei seinen Untersuchungen an frischen Culturen von Rotzbacillen inficirte und am 19. Krankheitstage gestorben ist, theilt R. noch 46 Rotzfälle mit, deren Krankengeschichten theils schon veröffentlicht worden sind. In 33 Fällen handelte es sich um Leute, die viel mit Pferden zu thun hatten; 2 Patienten gebrauchten Pferdefleisch und 3 derselben pflegten rotzkranke Menschen. In die ärztliche Beobachtung traten die Patienten: 1 am 2. Krankheitstage, 20 bis zum 7., 30 bis zum 10. — Die Krankheit begann in den meisten Fällen mit Allgemeinsymptomen: Fieber, Muskel- und Gelenkschmerzen. Symptome örtlicher Natur traten theils in der ersten Woche, theils noch später auf. Durchschnittliche Krankheitsdauer — 17 Tage. Die örtlichen Krankheitserscheinungen traten in 4 Fällen zuerst in der Nase, in 4 Fällen am Gesicht und in den übrigen 39 Fällen an anderen Körperstellen auf. Einen Zusammenhang zwischen der Primäraffection und der Eintrittstelle der Infection in den Organismus nachzuweisen, ist dem Verf. nicht gelungen und kann der ersten deshalb keine wesentliche Bedeutung zugeschrieben werden, da sie in fast allen Fällen den Allgemeinsymptomen, die zuerst auftraten, folgte. Auch fand Verf. seitens der Lungen keine Erscheinungen, ausser einer leichten Bronchitis, die für das Auftreten der Primäraffection in den Lungen sprechen würden, die letzteren werden vielmehr erst zu Ende der Krankheit befallen. Der häufigste Weg auf dem die Rotzinfection übertragen wird, sind Ulcerationen der Haut und Schleimhäute. Die Allgemeininfection geht beim Rotz den localen Erscheinungen immer voran. Durch die Entdeckung der Rotzbacillen ist es möglich geworden die Diagnose der Krankheit sicher zu stellen; die Bacillen aber befinden sich fast ausschliesslich im Eiter der Abscesse, die erst am 7.—10. Krankheitstage auftreten; will man noch Reinculturen herstellen, was nach Babès in jedem Rotzfalle nothwendig ist, so kann die Diagnose erst am 15.—16. Krankheitstage sicher gestellt werden. Es müssen daher die klinischen Erscheinungen mehr berücksichtigt und genau studirt werden. Bonome fand bei Rotzkranken Thieren die specifischen Bacillen auch in der Milch, im Urin und anderen Excretionen derselben. Es empfiehlt sich deshalb für die Frühdiagnose des Rotzes auch beim Menschen die normalen Excretionen der Patienten, noch vor dem Erscheinen der Abscesse, zu untersuchen.

S. Michnow. «Ueber die Verletzungen der Vagina sub coitu». (Nr. 24 und 25).

Im letzten Decennium sind schon mehrere solcher Fälle von verschiedenen Autoren mitgetheilt worden. In beiden von M. beobachteten Fällen, handelte es sich um Rupturen des Scheidengewölbes bei erwachsenen Frauenzimmern, die sub coitu entstanden sind. Schon das Aussehen dieser Rupturen sprach dafür, dass sie in Folge einer zu starken Dehnung der Scheide durch einen stumpfen Körper entstanden sind; es waren nämlich 3—5 Ctm. lange, ziemlich oberflächliche Risswunden, wobei an den äusseren Geschlechtstheilen auch die geringsten Spuren einer stattgehabten Verletzung fehlten. Unter den prädisponirenden Ursachen kommen für die Entstehung von Rupturen sub coitu folgende in Betracht: 1) Grössendifferenz der Geschlechtstheile beim Manne und Weibe. 2) Falsche Richtung der vom männlichen Gliede sub coitu angewandten Kraft. 3) Mangelhafte Stärke der Vaginalwände und pathologische Zustände, welche die Dehnbarkeit derselben verhindern. 4) Starke geschlechtliche Erregung und stürmischer Coibus.

W. Sarubin. «Zur Frage über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten». (Nr. 25 und 26).

S. behandelte im Charkow'schen Militär-Hospital unter Leitung von Prof. Bruew 4 Soldaten, von denen 3 an Psoriasis und 1 an Sycosis nonparasitaria litten, mit thyreoidinum siccatum, dass er theils von Merck, theils von Ferrein in Moskau bezogen hat. Ausser dem Thyreoidin wurde weder äusserlich, noch innerlich ein anderes Mittel angewandt. Dauer der Behandlung 27—40 Tage. Die Tagesdose schwankte zwischen 0,1 und 1,0 (1 bis 10 Tabletten zu 0,1 Thyreoidin); im Ganzen wurden verbraucht 11.5—30,0 (112 bis 210 Tabletten). Es wurden dabei folgende Erscheinungen beobachtet: Nach 3—4 Tagen von Beginn der Behandlung — Beschleunigung des Pulses bis auf 100 Schläge in der Minute, in manchen Fällen nach einigen Wochen bis auf 110, in einem sogar — 130 Schläge. Dabei blieb der Puls kräftig und regelmässig. Die Körpertemperatur blieb meistens normal und erreichte nur zeitweise etwas über 38°; in einem Falle trat ohne merkbare Ursache eine Steigerung bis auf 39,8° ein. Nach 1—2 Wochen der Behandlung stellten sich bei allen Patienten starke Kopfschmerzen, besonders im Stirntheile und Sausen ein; alle klagten sie über allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Bald darauf traten Blässe, Abmagerung und langsame Abnahme des Körpergewichts, die 4 bis 7 Kilo betrug, auf. Nach dem Aufhören der Behandlung kehrte das Körpergewicht allmählig wieder zur Norm. Seitens des Verdauungsapparates bestanden Appetitlosigkeit und belegte Zunge. Die Harnmenge stieg bei allen schon nach einigen Tagen bis auf 3000 Cbcm., um nach einem Monat wieder bis zum normalen Quantum zu sinken. Im Harn kein Eiweiss. Einige Patienten klagten noch über Schlaflosigkeit, Unruhe und Zittern in den oberen Extremitäten. Nach diesen schlechten Erfahrungen hielt Verf. das weitere Experimentiren mit dem Schilddrüsenpräparat an Menschen für unerlaubt. Er hält das Mittel für sehr gefährlich und bei Hautkrankheiten wenigstens für ganz nutzlos und warnt die Collegen vor dem Gebrauch desselben. Sie sollen den Fall Thibirge's, dessen Pat. in Folge dieser Behandlung zu Grunde gegangen ist, nie vergessen.

K. Archangelsky: «Zur Pharmakologie des arecolinum hydrobromicum». (Nr. Nr. 26 u. 27).

Unter Leitung von Prof. Burshinsky untersuchte A. die Wirkung des Arecolins auf Hunde. Die intravenöse Injection von 0,001 arecolinum hydrobromicum brachte fast momentanen Herzstillstand und sinken des Blutdruckes bis auf 0 hervor. Das Herz wird vom Arecolin vor dem Athmungscentrum betroffen und dauert die Athmung noch kurze Zeit nach dem Stillstande des Herzens fort. Letztere wird dabei zwar langsamer, dafür aber tiefer, so dass der Versuchshund nur um 375 Cbcm. Luft weniger in der Minute ausathmet, als vor der Einführung des Arecolins. Durchschneidung beider Vagi verlangsamte die Athmungsbewegungen. Nach Einführung von Atropin, von dem die Hemmungsnerven gelähmt werden, rufen grosse Arecolindosen, die die Dos. let. um das zehnfache übertreffen (0,01), Beschleunigung und Tieferwerden der Athmung und Zunahme des ausgeathmeten Luftquantums hervor; das Arecolin hat also keine directe Wirkung auf das Athmungscentrum. Die weiteren Versuche haben ergeben, dass der Vagus vom Arecolin in seinen peripheren Endigungen gereizt wird, da die Durchschneidung desselben weder die Verlangsamung, noch den Stillstand des Herzens aufhebt. Umgekehrt macht die vorhergehende Einführug von Atropin das Thier gegen das Arecolin fast unempfänglich, so dass grosse Dosen desselben ohne giftige Wirkung bleiben. Das Atropin ist also ein Antagonist des Arecolins. Der Blutdruck steigt über die Norm.

Sehr kleine Arecolindosen (0,0005 bei einem 15 Kilo schweren Hunde) beschleunigen im ersten Stadium der Wirkung die Herzthätigkeit, wobei der Blutdruck etwas sinkt. Auf die Harnsecretion haben kleine Arecolindosen, die die Herzthätigkeit nicht verlangsamen, keinen Einfluss; Dosen, die die Herzthätigkeit verlangsamen, vermindern die Harnsecretion; wird dabei Atropin eingeführt, so steigt die Harnsecretion. Ausserdem ruft Arecolin Salivation, Thränenfluss und Schweisssecretion hervor, welche durch Atropin gleich unterdrückt werden; diese Wirkung beruht, wahrscheinlich, auf einer Reizung der peripheren Enden der Secretionsnerven, welche gerade vom Atropin gelähmt werden. Die Pupille wird vom Arecolin verengt, indem es, wahrscheinlich, die peripheren Enden des Oculomotorius reizt; wird die Pupille zuerst durch Atropin erweitert, so tritt keine Verengerung ein. Das Arecolin steht also, seiner Wirkung nach, dem Muscarin sehr nahe.

A. Högerstedt: «Seltener Fall traumatischer intraperitonealer Ruptur der Harnblase». (Nr. 26).

S. diese Wochenschrift Nr. 30, 1896.

N. Kulbin: «Zur Frage über den physiologischen Einfluss der peripheren Reize. Der Nesselstich. (Experimentelle Studie an gesunden Menschen)». (Nr. 27).

In der russischen Volksmedicin ist die Nessel ein sehr verbreitetes Mittel. Der frische Saft und die Blätter der Brennnesselarten (urtice dioica et urtica urens) werden innerlich bei Blutungen jeder Art bei der «Steinkrankheit», bei Brustleiden u. a. gebraucht: ein Decoct aus den Nesselwurzeln — als Anthelminticum und Antidiarrhoicum. Die jungen Blüthen werden bald als Expectorans, bald gegen Schwerathmigkeit in Form eines Theeaufgusses angewandt. Die Samen werden gegen Helminthiasis, Diarrhoea und Koliken gebraucht. Aeusserlich bei Rheumatismus und anderen von Schmerzen begleiteten Erkrankungen. Verf. experimentirte mit der urtica dioica und urtica urens, wobei sich ergeben hat, dass die Wirkung vom chemischen Einfluss der in der Nessel enthaltenen Ameisensäure abhängt. Kurz nach dem Stechen entstehen die characteristischen Quadeln, die nach 1—1½ Stunden verschwinden und eine im Laufe der ersten 24 Stunden vergehende Hyperaemie hinterlassen; nie wurden dabei Ekzeme od. Pusteln beobachtet. Subjective Empfindungen: Brennen, Wärmegefühl und Jucken, die nach 1—3 Stunden verschwinden. Die Pulsfrequenz war von 11 untersuchten Fällen in 6 verlangsamt, in 3 unverändert und in 2 beschleunigt. Der Blutdruck war in allen Fällen etwas erhöht. Ausserdem war der Puls härter und etwas voller. Die Pupillen erweitern sich beim Stechen und Kehren im Laufe einer ¼—½ Stunde allmählig zur Norm. Der Kniereflex erfährt eine (?) Veränderung. Die Athmung ist während und 1—2 Stunden nach dem Stechen tiefer und etwas beschleunigt. Innere Temperatur unverändert od. um 0,1—0,3° niedriger. Die äussere Temperatur ist an der gestochenen Stelle erhöht um 2—3° C.; diese Steigerung, die etwa 10—90 Minuten nach dem Stechen ihr maximum erreicht, hält zuweilen 24 Stunden an; an symmetrischen Hautstellen gemessen ist die Temperatur unverändert. Die Tast- und Schmerzempfindungen sind an den gereizten Stellen herabgesetzt; mit dem Schwinden der Quaddeln kehrt die Empfindung zur Norm, darauf tritt eine Steigerung ein, welche 18—24 Stunden anhält; an den benachbarten Stellen wird dasselbe aber in geringerem Grade beobachtet. An den symmetrischen nicht gereizten Hautpartien ist eine Steigerung der Empfindung bemerkbar, während sie an mehr entfernten Partien unverändert bleibt. Die Wärme- und Kälteempfindungen sind an den gereizten Partien, der Temperatursteigerung an denselben gemäss, herabgesetzt. Das Nesselstechen wirkt also als Excitans, erhöht die Thätigkeit des Circulations- und Respirationsapparates und hat keinen schädlichen Einfluss auf den Organismus. Es kann daher in passenden Fällen bei verschiedenen Krankheiten angewandt werden.

A. Bernstein: «Bettbehandlung bei Geisteskrankheiten». (Nr. 27).

Vom 8. September 1895 bis 1. Mai wurden in der Moskauer Psychiatrischen Klinik auf der Frauenabtheilung 32 Geisteskranke, darunter 24 acute Fälle, auf diese Weise mit bestem Erfolge behandelt.

N. Wersilow: «Zur Frage über die vasomotorische Function der hinteren Rückenmarkswurzeln. (Nr 28).

Vorläufige Mittheilung».

Der Untersuchung unterlag der plexus lumbalis, der bekanntlich aus den Wurzeln des 4., 5., 6. und 7. Lumbalnerven und des ersten Sacralnerven besteht. Die Thiere wurden chloroformirt und curaresirt. Bei Durchschneidung der Wurzeln des 4. und 5. Lumbalnerven — Temperatur am Oberschenkel um 1½° C., am Unterschenkel um 1° C., an der Pfote um einige Zehntel niedriger: Durchschneidung des 6. — Temperatur noch niedriger etwa um 1° an der Pfote; Durchschneidung des 7. — Temperatur an der Pfote um 2,5° C.. Durchschneidung der Wurzel des ersten Sacralnerven — Temperatur um 6—8° C. niedriger. Mechanische und electrische Reize erhöhen die Temperatur an den verschiedenen Theilen der unteren Extremitäten fast in demselben Grade, wie der Temperaturabfall bei der Durchschneidung der Wurzeln. Die hinteren Wurzeln der genannten Nerven enthalten also Vasodilatatoren. Die Durchschneidung und Reizung der vorderen Wurzeln derselben Nerven blieben ohne Einfluss. Bei vorhergehender Entfernung des Bauchtheiles des Sympaticus stieg die Temperatur um 5—7° C., die darauffolgende Durchschneidung und Reizung der hinteren Wurzeln blieben aber ohne Einfluss. Entsprechend der Temperaturerhöhung bei Reizung der hinteren Wurzeln, trat auch ein stärkerer Blutzufluss zu den unteren Extremitäten ein.

A. Sacher.

Der VI. Congress russischer Aerzte in Kiew.

(Referirt nach dem «Wratsch.»)

Section für innere Krankheiten.

Sitzung den 22. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Dr. G. Weber gewählt.

Dr. Th. Stangeew: «Zur Frage der Behandlung der Lungentuberkulose mit Kreosot und Leberthran nebst collectiver Meinung der Aerzte der Stadt Jalta über die Kreosotbehandlung.»

Im Laufe einer 25-jährigen ärztlichen Thätigkeit in der Krim, hatte der Vortragende, der ebenso, wie die meisten Jalta'schen Aerzte, sich hauptsächlich mit der Behandlung der Tuberkulose beschäftigte, Gelegenheit genug die Wirkung des Kreosots zu studiren. Die collective Meinung der Jalta'schen Aerzte ist in folgenden Punkten zusammengefasst: 1) Die Behandlung mit Kreosot und Guajacol ist eine symptomatische: 2) Am besten ist die Wirkung derselben bei der Lungentuberkulose, schwächer bei Tuberkulose der Lymphdrüsen; bei Knochen- und Gelenktuberkulose ist die Wirkung zweifelhaft, bei Miliartuberkulose und Tuberkulose der Hirnhäute — unwahrscheinlich: 3) Beide Mittel sind hauptsächlich bei der chronischen Form der Lungentuberkulose nützlich, theilweise aber auch bei der acuten und der Phthisis florida; 4) Die herdförmige Lungentuberkulose wird vom Kreosot besser beeinflusst, als die diffuse; die käsige Pneumonie besser, als die interstitielle; 6) Bei den ersten Anfängen der Lungentuberkulose im Stadium des Spitzencatarrhs, wirken die Kreosotpräparate sehr gut, bleiben aber auch in den späteren Stadien der Erweichung, des Zerfalls und der Cavernenbildung nicht ohne Wirkung: 7) Nicht alle Symtome werden vom Kreosot gleich gut beeinflusst: von 11 an der Beurtheilung dieser Frage sich betheiligten Jalta'schen Aerzten wird seine günstige Beeinflussung des Fiebers nur von 4 anerkannt, auf den Husten von 8, auf die qualitative und quantitative Besserung des Sputums von 9, auf die Verbesserung des Appetits von 7, der Ernährung von 8, auf die vom Fieber abhängigen Schweisse und die objectiven Veränderungen wirken beide Mittel nicht; 8) Von den Complicationen wird die Kehlkopftuberkulose von den Mitteln nicht beeinflusst, und sind dieselben bei Affection des Darms absolut schädlich; auf die specifische Affection der Nieren ist ihre Wirkung unbekannt, da weder Kreosot, noch Guajacol dabei angewandt wurden; 9) Von unangenehmen Folgeerscheinungen wurden beobachtet: a) Dyspeptische Störungen und b) Neigung zu Haemoptoe, weshalb beide Präparate dabei contraindicirt sind; ebenso contraindiciren den Geb. auch des Kreosots und Guajacols Gastritiden und Enteritiden, besonders tuberkulösen Characters, und verschiedene Nephritiden; 10) Zuweilen besteht eine Idiosynkrasie gegen das Kreosot, welche sich in gesteigerter Neigung zu Haemoptoe äussert. 11) Beide Mittel haben keinen unmittelbaren Einfluss auf die Zahl der Koch'schen Bacillen. 12) Ueber die prophylactische Wirkung der disponirten Personen liegen keine Beobachtungen vor und scheint dieselbe gleich 0 zu sein. — Die besten Präparate sind: Kreosotum vexum e fago and guajacolum absolutum; die kohlensauren Verbindungen derselben wirken zwar schwächer, sind aber infolge ihrer Geschmack- und Geruchlosigkeit bei schwacher Verdauung und bei Personen, die keine Medicamente von schlechtem Geruch und Geschmack vertragen, unentbehrlich. — Kreosot und Guajacol sollen in Dosen von 2,0—4,0 pro die gegeben werden, die kohlensauren Präparate in doppelter Quantität. — Nach den Beobachtungen und Erfahrungen der Jalta'schen Aerzte ist das Kreosot kein Specificum: die Zahl der Heilung und Besserungen der Tuberkulose blieb nach der Einführung desselben in die Therapie, wie vor derselben, die gleiche. Sehr gute Resultate dagegen bei Phthisis pulmonum sah Dr. Stangeew beim Gebrauch des Leberthrans, dieses alten, vielerprobten und viel sicherer, als das Kreosot, wirkenden Mittels, welches er deshalb sehr warm und dringend empfiehlt. Das Körpergewicht nimmt dabei zu (in 88% aller vom Vortragenden beobachtenden Fällen). Ausserdem ist der Leberthran ein zuverlässiges und sicheres Antipyreticum, dem alle neuen Antipyretica, die ausserdem endlich doch nur schaden, nachstehen; wenigstens bei $^{1}/_{10}$ aller fiebernden Phthisiker bewirkt der tägliche Gebrauch von 3—5 Esslöffeln Ol. jecoris im Laufe von 7—10 Tagen einen allmählichen Temperaturabfall bis oder fast bis zur Norm. Ausgenommen sind die hoffnungslosen Fälle und die Fälle, wo der Leberthran absolut nicht vertragen wird (Schmerzen, Uebelkeit, Aufstossen, Diarrhoe). Der Temperaturabfall geht parallel der Zunahme des Körpergewichts, ist von letzterer aber unabhängig, da er auch ohne dieselben stattfindet. Der Leberthran ist zu-

weilen von specifischer, coupirender Wirkung, indem er den acuten bacillären Process in den Lungen in einen chronischen verändert. Der Widerwille der Patienten gegen dieses schlechtschmeckende Mittel wird durch die Beharrlichkeit des Arztes und durch Corrigentia (Bier) gewöhnlich leicht überwunden. Die heisse Sommerzeit ist, wenn nur ein frisches Präparat zu haben ist, keine Contraindication gegen den Gebrauch derselben; vor Haemoptoe schützt es ebensowenig, wie die übrigen Mittel.

Discussion. Dr. Th. Alexeew zweifelt an der guten Wirkung des Leberthrans: der bessere Verlauf der Krankheit in Jalta lasse sich durch das milde Klima der Stadt erklären. Dr. Gorodecki ist die Art der Wirkung des Leberthrans unklar; als Nutriens könnte doch der Leberthran sehr gut durch andere, weniger schlecht schmeckende Mittel, wie Schmandbutter, Honig etc. ersetzt werden. Dr. Stangeew antwortete darauf, dass den anderen bei Tuberkulose vorgeschlagenen Fetten, wie Schweinefett, Lipanin, die antipyretische Wirkung des Leberthrans fehlt, welche er eben besonders hervorheben wollte. Prof. Tschernow hatte in der Kinderpraxis viel Gelegenheit den Leberthran bei Scrophulose und Tuberkulose zu verordnen. Seine eigene Erfahrungen sprechen gegen denselben: bei ¾-Abnahme des Appetits, Verdauungsstörungen, zuweilen Störungen seitens des Darms. Nach den Untersuchungen der Aerztin Rutkowa, welche, 1—1½ Stunden nach Einnahme des Leberthrans in Milch, im Mageninhalt unverdaute Milchgerinnsel nachgewiesen hatte und nach der im Laboratorium von Prof. Pawlow constatirten Abnahme der Salzsäure im Magensafte beim Gebrauch des Leberthrans, kann letzterer nicht zu den indifferenten Mitteln gezählt werden. Prof. Tschernow hat deshalb in den letzten Jahren in seiner Praxis den Leberthran durch Schmand ersetzt und ist damit sehr zufrieden.

Dr. Jarin meinte, dass auch die specifische Wirkung des Kreosots gegen Lungentuberkulose nicht geleugnet werden kann. Dr. Steinberg sieht die Hauptaufgabe der Therapie der Tuberkulose in einer Verbesserung des Ernährungszustandes und der hygienischen Verhältnisse des Patienten. Dr. Stangeew antwortete, dass nach seinen Erfahrungen, der Leberthran auch in der Kinderpraxis das beste Fett sei, mit dem alle übrigen in ihrer Wirkung nicht verglichen werden können. Alle Jalta'schen Aerzte stimmen darin überein, dass das Kreosot kein Specificum sei.

Dr. A. Kostkewitsch: «Ueber die Nothwendigkeit der Isolirung der Phthisiker und die Gründung besonderer Anstalten für dieselben.»

In den vorgerückten Krankheitsstadien sind die Tuberkulösen die Träger nicht nur der specifischen, sondern auch der eitrigen Infection, wodurch für die mit ihnen eng zusammenlebenden Patienten, die sich noch im Anfangsstadium derselben Krankheit befinden, die schlimmsten Verhältnisse geschaffen werden. In die Anstalten sollen deshalb vorzugsweise Patienten im Beginn der Erkrankung aufgenommen werden und von den an ulceröser Tuberkulose, mit höchst infectiösem eitrigem Auswurf Leidenden streng isolirt werden. Die Behandlung der Tuberkulose bedarf keiner bestimmten Eigenschaften des Klimas. Das nördliche und südliche Klima wirken gleich gut (Brehmer's Anstalt in Görbersdorf und Dettweiler's in Falkenstein). Der Erfolg der Behandlung hängt hauptsächlich von der methodischen, reichlichen Aufnahme frischer Luft, guter Ernährung und der Entfernung des Patienten aus seiner Umgebung. Alle diese Maassregel lassen sich am besten in einer Anstalt durchführen.

Discussion. Dr. M. Jagodinsky hält die vollständige Isolirung aller Phthisiker für unmöglich, die theilweise aber für unnütz. Für viele Patienten wäre die Entfernung aus der Familie geradezu schädlich. Dr. Heimann hält nur die Phthisiker mit reichlichem Auswurf für ihre Umgebung gefährlich, weshalb nur diese in Sanatorien isolirt werden sollten. Dr. Sawwinsky hält auf Grund seiner 8-jährigen Beobachtungen in 82 Dörfern die Ansteckungsfähigkeit der Phthise für gering. Der Kampf gegen dieselbe sollte mit sanitären Massregeln beginnen. Die Arbeiter an vielen Fabriken (Hut-, Porcellan- und Fayance) sind fast ohne Ausnahme tuberkulös, darauf sollte vor Allem die Aufmerksamkeit gerichtet werden.

Dr. K. Steinberg: «Die tuberkulösen, des Militärdienstes unfähigen Soldaten, als Verbreiter der Infection.»

Nach den Berichten der Militär-Medicinschen Hauptverwaltung besteht das Hauptcontingent an vom Militärdienste Befreiten und Entlassenen aus Lungenkranken, besonders Phthisikern. Jährlich werden einige Tausend Tuberkulöse aus dem Heere in ihre Heimath zurückgeschickt, wo sie grössten theils bald aussterben. 15 Jahre lang beobachtet Vortragender, wie diese aus dem Militärdienste zurückgekehrten tuberkulösen Soldaten die Krankheit in vorher vollständig gesunden Familien verbreiten. Die antihygienischen Verhältnisse, in den die meisten Bauerfamilien leben, erleichtern diese Verbreitung ausserordentlich. Am besten wäre es für phthisische Soldaten besondere Anstalten zu gründen. Bei der Discussion bemerkte Dr. Schrenzis, dass im Laufe seiner 8-jährigen Praxis schon mehrere seiner Patienten mit beginnender Phthise in den Militärdienst aufgenommen wurden und darauf schon im hoffnungslosen Zustande zurückgeschickt wurden. Es sei den physisch und geistig übermüdeten Aerzten bei der Aufnahme in den Militärdienst unmöglich geringe Veränderungen in den Lungen wahrzunehmen.

2. Sitzung den 24. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Dr. Th. Stangeew gewählt.

Dr. K. Dolgow: «Ueber die Diazoreaction (Ehrlich) bei Typhus abdominalis.»

Die Untersuchungen des Vortragenden wurden an 133 Typhösen in der Klinik von Prof. Tritschel ausgeführt. Die 24-Stündige Harnmenge jedes Patienten wurde im Laufe der ganzen Krankheit täglich streng nach Ehrlich geprüft. Im Ganzen wurden über 1000 Prüfungen gemacht. Die Ergebnisse derselben führen den Vortragenden zu folgenden Schlüssen. 1) die Diazoreaction ist ein constantes Symptom des Abdominaltyphus, das nur in 1,4% der Fälle fehlte; 2) die Dauer des Vorhandenseins der Reaction entspricht der Dauer des Fiebers, schwindet aber meistens 4—5 Tage vor dem Aufhören desselben; 3) scharf ausgesprochen ist die Reaction bei Abdominaltyphus von mittlerer und langer Dauer; 4) die Schärfe und Dauer der Reaction sind für die Prognose von grosser Bedeutung — in schweren Fällen ist sie scharf und langdauernd; scharf, aber von kurzer Dauer kann sie auch in leichten Fällen sein: 5) im Allgemeinen geht die Curve der Schärfe der Diazoreaction der Temperaturcurve parallel, die partiellen Schwankungen beider fallen aber nicht zusammen; 6) die Menge des die Diazoreaction gebenden, ausgeschiedenen Stoffes ist direct proportional der Schwere und Dauer der Krankheit. Ausser dem Abdominaltyphus wurde die Diazoreaction noch in 61 Fällen bei anderen Krankheiten versucht: bei Magendarmkatarrhen, Malaria, Angina follicularis, Icterus catarrhalis, Endocarditis und acuter Nephritis (zusammen 24 Fälle) fiel sie negativ aus; bei Phthisis pulmonum, Pneumonie u. seröser Pleuritis (zusammen 27 Fälle) war sie bald positiv, bald negativ, immer positiv war sie bei tuberkulöser Entzündung, Tuberkulose der Lymphdrüsen, Miliartuberkulose und eitriger Pleuritis (zusammen 10 Fälle). Die Diazoreaction ist beim Abdominaltyphus von grosser diagnostischer Bedeutung; sie ist ein ebenso constantes Symptom, wie die Roseola, Milzvergrösserung und Fieber. Es müssen nur ihre Eigenthümlichkeiten bei den verschiedenen Krankheiten genau studirt werden. Die Untersuchungen von Ehrlich, Brawig, Dawson, Fischer, Nissen u. a. haben schon mehrere derselben entdeckt und kann die Diazoreaction dem praktischen Arzte in manch zweifelhaftem Falle viel Nutzen bringen. Discussion Dr. Wassenko: Es wurde bis jetzt nur wenig auf die Möglichkeit des Eintretens der Diazoreaction nach dem Gebrauch von Arzneimitteln geachtet. Beim Gebrauch des Naphthalins, welches beim Abdominaltyphus von mehreren Aerzten viel verordnet wird, tritt die Diazoreaction immer ein. Dr. Dolgow sucht diese Erscheinungen dadurch zu erklären, dass das Naphthalin als eine Aetherschwefelsäure ausgeschieden wird, deren Verbindung mit einem besonderen Farbstoff, wie seine weiteren Untersuchungen ergeben haben, die Diazoreaction bedingt. Dr. Sokolow: in den ersten 4—5 Tagen des Abdominaltyphus fehlt die Diazoreaction, während sie bei der Pneumonie vorhanden ist, sie kann deshalb zur Unterscheidung dieser zwei Krankheiten nicht verwerthet werden (bei Kindern von 6—7 Jahren).

Als Fortsetzung seines ersten Vortrages hielt Dr. Dolgow noch einen zweiten:

«Ueber die Natur der die Diazoreaction bedingenden Substanz.»

Diesen Theil seiner Arbeit hat Vortragender im chemischen Laboratorium von Prof. Reformatzky ausgeführt. Es scheint ihm gelungen zu sein diese Substanz in Form einer Aetherschwefelsäure auszuscheiden. Sie ist ein Derivat des pathologischen Stoffwechsels der Gewebe und gehört nicht zu den gewöhnlichen pathologischen Bestandtheilen des Harns (Eiweiss, Peptone u. a.) Sie ist nicht localer Herkunft (aus dem Sputum, Koth und Exsudaten der Patienten, deren Urin die Diazoreaction gab, ist es nicht gelungen diese Substanz auszuscheiden); sie gehört zu den Farbstoffen des Harns, welche den blauen und violetten Theil des Spectrums absorbiren; aus dem Harn wird sie durch basisch-essigsaures Blei und Ammoniak gefällt; sie ist eine organische stickstoffhaltige Substanz; im Harn ist sie als eine Verbindung der

Aetherschwefelsäure enthalten und ist ein Zerfallsproduct des organisirten Eiweisses der Gewebe; sie kann deshalb als Manometer des im Organismus vor sich gehenden Zerfallsprocesses dienen.

J. Bendersky: «Ueber die Percussionsauscultation.

Bekanntlich bietet die genaue Bestimmung der Grenzen einiger Hohl- und tiefliegender Organe (Magen, Darm, Nieren) den gewöhnlichen Percussions- und Auscultationsmethoden unüberwindliche Hindernisse. Diese schwierige Aufgabe wird, nach der Meinung des Vortragenden, leicht durch die Percussionsauscultation gelöst. Sein Apparat besteht aus: 1) einem Trichter. der eine sehr verschiedene Gestalt und Grösse haben und aus verschiedenem Materiale (Glas, Metall, Holz, Hartgummi u. s. w.) gefertigt sein kann, 2) einem 140—150 Ctm. langen Kautschukschlauche, der an einem Ende mit dem Trichter verbunden ist und 3) einem mit dem anderem Ende des Schlauches verbundenen Ansatze für das auscultirende Ohr. Der Trichter wird an die zu untersuchende Stelle angesetzt, welche darauf mit dem Finger schwach percutirt wird und durch den Ansatz gleichzeitig auscultirt. Das Thatsächliche bei dieser Methode besteht darin, dass nur ein Organ auscultirt wird, zwei benachbarte Organe aber percutirt werden: wenn man den Trichter entsprechend dem einen Organe ansetzt und die Gegend desselben und des benachbarten Organs mit einem Finger schwach pecutirt, so bekommt man in der Gegend des auscultirten Organs einen deutlichen Ton, der an der Grenze desselben scharf abbricht. Der Trichter kann auch mit mehreren Schläuchen und Ansätzen in Verbindung gebracht werden; mit solch' einem Apparate (Collectiv-Stethoscop) können mehrere Personen gleichzeitig auscultiren. Nach demselben Princip ist ein Consultativ- und biaurales Stethoscop construirt.

3. Sitzung den 25. April.

Prof. D. Motschutkowsky: «Zur Pathologie des Processus vermiformis.

Im Jahre 1890 beobachtete M. folgenden seltenen Fall: bei einem an chronischem Magendarmkatarrh leidenden, 41-jährigen, kräftigen Manne entwickelte sich unter den gewöhnlichen Krankheitserscheinungen eine subacute Entzündung des Coecums und Processus vermiformis. Grosse Opiumdosen, Eis, Bettruhe und Diät brachten die Symptome zum schwinden. 5 Tage darauf — wässriger Stuhl, dem etwas Blut beigemengt war. Gleichzeitig entleerte sich mit dem Stuhl der ganze Wurmfortsatz, was durch die genaue makro- und mikroscopische Untersuchung desselben festgestellt wurde. Die Entzündung des Wurmfortsatzes führte nämlich zur Ulceration und Perforation desselben. Es entwickelte sich eine eitrige Periappendicitis mit Durchbruch des Eiters ins Coecum; zusammen mit dem Eiter gelangte ins Coecum auch der ganze abgelöste Wurmfortsatz. Die Ablösung war, wahrscheinlich, eine Folge einer vorausgegangenen Einklemmung eines Kothsteines an der Einmündungsstelle des Processus vermiformis in den Blinddarm, Geschwürsbildung und Necrose an dieser Stelle (Amputationsnecrose nach Talamon). Solch' ein Ausgang wird nirgends erwähnt. Patient erholte sich allmählig. Vortragender meint, dass der Wurmfortsatz in diesem Falle eine abnorme Lage hinter dem Colon ascendens hatte, an dem er nach oben ging und mit ihm eine gemeinsame Serosa hatte. Trotz des günstigen Ausganges beweist dieser Fall nochmals die dringende Nothwendigkeit eines frühen chirurgischen Eingreifen bei Periappendicitis, um üblen Zufällen vorzubeugen.

K. Korowitzky: «Schwankungen des Haemoglobingehaltes des Blutes im Verlaufe des Abdominaltyphus und croupöser Pneumonie (spectrophotometrische Untersuchungen aus der Klinik von Prof Tritschel in Kiew.»)

. Die Spectrophotometrie des Blutes mit dem im 1873 von Vierordt angegebenen und darauf von Anderen vervollkommneten Apparate kann mit Recht als die einzig genaue und bequemste Methode der Haemoglobinbestimmung bezeichnet werden. Trotzdem sind derartige Untersuchungen des Blutes nur sehr wenig ausgeführt worden. Vortragender berichtet über die Resultate seiner mit dem Glan'schen Apparate gemachten Blutuntersuchungen beim Typhus abdominalis (28 Fälle) und croupöser Pneumonie (20 Fälle). Alle Pat. waren Soldaten im Alter von 21—24 Jahren. Vorwiegend handelte es sich um schwere Fälle mit 22% Mortalität beim Typhus; bei den Pneumoniefällen war dieselbe =0:

1) Der Haemoglobingehalt des Blutes ist im Verlaufe der Krankheit, während des Fiebers und nach dem Abfall desselben sehr verschieden. Beim Abdominaltyphus war er maximum 18,48 Gramm, minimum 7,24 — auf 100 Gramm Blut; bei der Pneumonie 18,74 und 8,54: maximale Mittelgrösse des Haemoglobingehaltes beim Typhus 16,65, minimale — 9,68; bei der Pneumonie — 15,41 und 11,90.

2) Nach dem Abfall des Fiebers entwickelt sich bei beiden Krankheiten eine mehr oder weniger ausgesprochene Blutarmuth: der Haemoglobingehalt nimmt für eine verschieden lange Zeit, je nach der schwere des Falles, Dauer der Krankheit u. s. w. mehr oder weniger ab. Diese postfebrile Anaemie ist beim Typhus viel hochgradiger, als bei der Pneumonie.

3) Diese Haemoglobinabnahme beginnt in den meisten Fällen noch während des Fiebers, zuweilen sogar lange vor dem Abfall desselben und tritt bei der Pneumonie überhaupt früher ein, als beim Typhus, manchmal schon in den ersten Krankheitstagen.

4) In einigen, oft schweren Fällen, sogar mit tödtlichem Ausgange der Krankheit, findet man den Haemoglobingehalt stark erhöht.

5) Ebenso kommen im Verlaufe beider Krankheiten zuweilen plötzliche, kurzdauernde Zunahmen des Haemoglobins vor. So tritt gewöhnlich an dem der Krise bei der croupösen Pneumonie folgenden Tage eine Zunahme des Haemoglobins ein (z. B. von 10,0 vor der Krise bis auf 13,0 nach derselben u. s. w). Was die rothen Blutkörperchen anbetrifft, so nimmt die Zahl derselben bei beiden Krankheiten ab; die Abnahme des Haemoglobins tritt aber vor der Abnahme der rothen Blutkörperchen ein. Der Abdominaltyphus ist die einzige Infectionskrankheit, bei der eine Leukocytose überhaupt nicht vorkommt, während sie bei der croupösen Pneumonie immer stark ausgesprochen ist.

W. Demtschenko: «Zur Frage über die Behandlung der Pleuritiden nach der Methode von Prof. Lewaschow.» (Aus der Klinik von Prof. Tritschel).

5 nach dieser Methode vom Vortragenden behandelte Fälle (2 eitriger und 3 sero-fibrinöser Pleuritis) sprechen nicht ganz zu Gunsten derselben. Die dreimalige Ausspülung der Pleurahöhle mit physiologischer Kochsalzlösung in einem — und zweimalige — im anderen Falle eitriger Pleuritis hatte zwar eine temporäre Besserung (Abnahme des Exsudats und dyspnoe) zu Folge, brachte aber dies Exsudat weder zum Schwinden, noch zur dauernden Verringerung, so dass endlich doch die Eröffnung der Brusthöhle gemacht werden musste. Die Methode ist bei Pleuritis mit fortwährender Eiterabsonderung, bei Anwesenheit eines eiterproducirenden tuberkulösen Herdes nicht anwendbar und müssen derselben andere Methoden vorgezogen werden, die dem Eiter ständigen freien Abfluss gewähren. Besser waren die Resultate bei den serofibrinösen Pleuritiden: in 2 Fällen trat nach der Ausspülung dauernde Abnahme des Exsudats, allmählicher Temperaturabfall und Besserung der subjectiven Empfindungen ein; im dritten — blieb die Behandlung ohne Erfolg. Ohne einen endgültigen Schluss aus seinen Beobachtungen zu ziehen, glaubt Vortragender jedoch, dass die gewöhnliche Aspiration des Exsudats mit dem Potain'schen Apparate der Lewaschow'schen Methode wenigstens nicht nachsteht. Beide Methoden dürfen aber nicht vor dem Schwinden der acuten Erscheinungen angewandt werden.

Privatdocent A. Kissel: 4 russische Autoren und die italienischen Kliniker sind für die Lewaschow'sche Methode. Die Radicaloperation des Empyems bei Kindern gab dem Opponenten in 70 Fällen 40% Mortalität, so dass er gezwungen war zur Lewaschow'schen Methode überzugehen, mit er solange vollkommen zufrieden ist und wünscht, dass dieselbe unter den Aerzten die grösste Verbreitung finden möge.

Dr. W. Philippowitsch demonstrirte das von ihm construirte Hohlplessimeter. Dasselbe ist aus Messing gefertigt (auch aus Glas), cylindrisch, 9 mm. im Durchmesser, nach Art des Seitz'schen gebogen, an einem Ende trichterförmig erweitert, am anderen abgerundet und mit einer Oeffnung versehen, kann auch als Stethoscop dienen; Dicke der Wände — 1 mm. Die physikalischen Erscheinungen sind bei diesem Plessimeter dieselben, wie beim Sprachrohre: Verstärkung des Schalles als Folge der Vibrationen der innerhalb des Plessimeters enthaltenen Luftsäule.

Privatdocent Th. Janowsky: «Ein Stethoscop aus Glas.»

Ein dickwandiges aus Glas gefertigtes Hörrohr, dessen eine, trichterförmig (Durchmesser klein) erweiterte Ende auf die Brustwand fest aufgesetzt wird; das andere läuft in einen Zapfen aus, der in das auscultirende Ohr eingeschoben wird. Dieses Stethoscop soll, nach der Angabe des Vortragenden, die feinsten Schallunterschiede wahrnehmen lassen und ist sehr leicht zu desinficiren.

S.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 9—12.

Z. Schabad: «Ein Fall von typischem Tetanus traumaticus». (Nr. 9).

Der Fall verdient in therapeutischer Hinsicht beachtet zu werden, insofern das angewandte Paraldehyd äusserst günstige Wirkungen entfaltete. Der 11-jährige Junge erhielt im Verlaufe von 10 Tagen 66 Gramm dieses Mittels (pro die 2–4–8 Gramm). Unangenehme Nebenwirkungen kamen nicht zur Erscheinung, dagegen wichen die ausgesprochenen Symptome des traumatischen Tetanus, und der Knabe konnte gesund aus der Behandlung entlassen werden.

J. Fedorow: «Schädelbasis-Fissur mit günstigem Ausgange». (Nr. 9).

N. Ssjetkin: «Ein Fall von plastischer Operation einer Vesico-Vaginalfistel und narbiger Stenose der Vagina mittels Lappen aus den kleinen Schamlippen». (Nr. 9).

A. Koshewnikow. «Ueber asthenische Bulbärparalyse». (Nr. 10).

Verf. bespricht recht ausführlich diese sehr seltene Erkrankung, von der in der Literatur im Ganzen 20—22 Fälle bekannt geworden sind und führt 2 von ihm beobachtete typische Fälle der asthenischen Bulbärparalyse vor. Fall 1: 54jähriger Branntweinbrenner, der im Verlaufe von Jahren unter sehr ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebte, fortwährend Erkältungen ausgesetzt war, kommt nach einer starken Durchnässung der Kleider nach Hause und bemerkt plötzlich beim Theetrinken, dass seine Lippen sich wenig bewegen, beim Schlafenlegen konnte er nur mit Mühe das Licht auslöschen.

Am anderen Tage gesellten sich noch andere Symptome hinzu. Patient konnte nur mit Mühe einige Bissen hinunterschlucken, seine Stimme änderte sich, nahm nasalen Timbre an. Nach 2 Wochen untersuchte ihn Verf., derselbe fand: Ptosis des linken Lides, Parese im Gebiete der oberen Facialiszweige, Paralyse im Gebiete des unteren Facialisastes. Schwäche in der Kaumuskulatur und in der Zunge; die Beweglichkeit des weichen Gaumens hat stark abgenommen, das Schlucken fester Speisen ist ganz unmöglich. Die Stimme ist schwach, zunächst kann Patient noch einige Worte laut sagen, bald jedoch wird die Stimme kaum hörbar bis endlich Patient kein Laut von sich geben kann; das Athmen ist erschwert, Expectoration unmöglich. Die Muskeln des Gesichts, die Wangen und die Masseteren sind atrophisch, doch ist die faradische, sowohl wie die galvanische Erregbarkeit normal. Sensible Störungen nicht vorhanden. Die ersten paar Tage der Hospitalbehandlung brachten noch weitere Fortschritte der Krankheit; Patient wurde mit der Sonde ernährt, obgleich die Einführung derselben mit grossen Schwierigkeiten verbunden war. Bald liessen jedoch die Symptome an Intensität nach, die Stimme kehrte zurück, der Schluckact wurde normal und schliesslich konnte Patient nach 4 Monaten als genesen betrachtet werden. Nach einiger Zeit, im Anschluss an eine Erkältung, setzten wieder alle krankhafte Erscheinungen ein, und Patient wurde nochmals ins Hospital aufgenommen; hier trat wieder Besserung und schliesslich Heilung ein, jedoch lange nicht so rasch, wie das erste Mal.

Fall 2 betrifft ein 17jähriges Mädchen. Auch hier waren alle Symptome der Bulbärparalyse ausgesprochen, doch kamen einige Abweichungen vor und zwar auf sensibler Sphäre, im Gebiete des Geschmacks und Gesichtsinnes. Das Sehvermögen wurde immer schwächer, es bestand eine leichte Ermüdbarkeit der Retina — rasche Einengung des Gesichtsfeldes bei Ermüdung; auch der Geschmacksinn konnte leicht ermüden: prüfte man denselben mit Salzlösungen von verschiedener Concentration, so konnte die Patientin zunächst die Lösungen unterscheiden, nach 3—4 Versuchen aber konnte sie schon die Lösung von destillirtem Wasser nicht unterscheiden. Zu erwähnen wäre noch, dass in diesem Falle degenerative Atrophie der Zungenmuskeln und der des weichen Gaumens bestand, und dass ferner im Verlaufe eines Monates Glycosurie beobachtet wurde. — Was den anatomischen Sitz der Krankheit anlangt, so ist derselbe nach K. im centralen Höhlengrau zu suchen, in den Zellen der grauen Substanz, welche die Hirnhöhlen umgiebt und welche den Anfang der motorischen Nerven bildet; dabei kann der Process im oberen Theil dieses Höhlengraues beginnen, dann treten als erste Symptome Störungen der Bewegungsmuskulatur der Augen ein, oder aber der mittlere Theil erkrankt zuerst, dann treten Störungen in der Kaumuskulatur ein, in den oberen Facialiszweigen — kurzum, die eigentlichen bulbären Symptome, oder aber endlich der untere Theil, also das centrale Höhlengrau des Rückenmarks wird zuerst afficirt, dann treten zunächst Paresen in der Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten auf.

Nach dem Verlaufe der Krankheit zu urtheilen, können die anatomischen Veränderungen nicht tiefgreifend sein, also nicht etwa Degeneration und Atrophie vorstellen.

M. Warhaftig. «Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus femininus». (Nr. 10).

W. Lanin. «Ein abnehmbarer Filzverband zur Behandlung der Extremitäten-Fracturen». (Nr. 11).

Das Material zu diesen Verbänden bereitet L. folgendermassen: Es wird zunächst (90–95°) Schellacklösung vorbereitet; der Schellack wird in eine Flasche gebracht, darauf wird Alkohol gegossen und zugekorkt; die Flasche bleibt an einem warmen Orte 24 Stunden stehen, von Zeit zu Zeit wird geschüttelt. Am anderen Tage ist die Lösung fertig, zu derselben fügt man Ol. Ricini (ungefähr 1/100 der Alkoholmenge) hinzu. Diese Lösung wird erwärmt, auf Filz gegossen so lange, bis der Filz vollständig durchtränkt worden ist, alsdann wird er getrocknet und ist dann zum Verbande geeignet.

S. Ssmirnow: «Ueber die therapeutische Wirkung des Polyporus betulinus». (Nr. 11).

In verschiedenen Gegenden Russlands wird eine Aufkochung von Polyporus betulinus als anticarcinomatöses Mittel beim Volke angewandt. S. hat es nun unternommen nachzuprüfen, in wie ferne eine Wirkung dieser Abkochung constatirt werden könne und gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Das Mittel wirkt recht günstig bei Magen-Darmkatarrhen, es regulirt die Darmthätigkeit und wirkt energisch resorbirend auf entzündliche Verhärtungen, die bei chronischen Katarrhen im Gebiete der Digestionsorgane sich bilden können. 2. Bei Krebsleiden hat das Mittel entschieden schmerzstillende Wirkung. 3. Auf den Gang und die Entwicklung der carcinomatösen Erkrankung hat es gar keinen Einfluss.

K. Gratschew: «Ueber die Formveränderungen der Vorhöfe bei deren Thätigkeit». (Nr. 11).

Um die Form der Vorhöfe zu studiren, brachte G. das herausgeschnittene Herz in 5%-ige Lösung von doppeltchromsaurem Kali auf einen ganzen Monat, alsdann nach Auswaschen mit Wasser, in Alkohol für eine Woche. An gehärteten Präparaten konnte er nur die äussere Form bestimmen, desshalb musste er noch Abgüsse der Hohlräume erhalten; mit einem scharfen Rasirmesser wurden die Vorhöfe am sulcus circularis von den Kammern getrennt, auf Schnee gebracht; alsdann wurde in die Oeffnungen ein erhitztes Gemisch von Wachs und Canifolium (1 : 2) gegossen; nachdem diese Masse völlig erhärtet worden war, wurden die Atrien in 50%-ige Lösung von Schwefelsäure gebracht, wobei die Muskulatur vernichtet wurde, und die Abgüsse zurückblieben. G. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei Beginn der Systole contrahiren sich im rechten Vorhof zunächst die Mündungsstellen der Venen und die Herzohren; alsdann die Muskulatur in der Gegend des tuberculum Loweri und isthmus Vieusennii, — an diesen Stellen ist die Muskulatur am stärksten, es folgen die im Septum atriorum und in den anderen Wänden gelegenen Muskelbündel; am spätesten contrahiren sich die Muskelbündel der äusseren Atriumwand; dasselbe gilt für den linken Vorhof. 2. Die Höhle des rechten Vorhofes verkleinert sich immer mehr und mehr und verschwindet endlich in Folge des Hineinschiebens der äusseren Atriumwand; die des linken Vorhofes verkleinert sich ebenfalls, ihre Form beibehaltend, und verschwindet in Folge des Hineinschiebens aller Wände. 3. Das Lumen der Hohlvenen und der Lungenvenen schliesst sich vollkommen durch die Contraction der Vorhofsmuskulatur, die an den Mündungsstellen der Venen sich befindet. 4. Die Ringmuskulatur der Venen selbst spielt dabei keine bedeutende Rolle. 5. Das Lumen der Venen, die an der Mündungsstelle durch die sich contrahirenden Muskeln der Vorhöfe geschlossen werden, wird beim weiteren Vorschreiten der Vorhofssystole vollständig undurchgängig, dank der Contraction der im tuberculum Loweri, isthmus Vieusennii und im Septum selbst gelegenen Muskeln.

N. Wersilow: «Zur Lehre von der spastischen Diplegie mit Krampfbewegungen». (Nr. 12).

Vorführung einer höchst interessanten Krankengeschichte. Ein 19jähriges Mädchen wird in die Klinik mit folgenden anamnestischen Angaben aufgenommen. Das Mädchen kam frühzeitig zur Welt, 3 Wochen vor dem normalen Termin, dabei war die Geburt eine sehr rasche, das Kind wurde nicht asphyktisch. Die ersten Symptome der Krankheit bestanden in allgemeiner Schwäche, das Kind konnte lange Zeit das Köpfchen nicht halten, verschluckte sich häufig, konnte keine Gegenstände in den Händen halten, fing erst im 10. Lebensjahre an zu gehen. Vom 3. Lebensjahre an entwickelten sich

allmählich die Krampfbewegungen in den oberen und unteren Extremitäten, später auch im Gesicht; psychische Störungen wurden nie beobachtet. Status präsens: Beim ersten Anblick fällt es auf, dass die rechten Extremitäten in der Entwickelung zurückgeblieben sind (nähere Angaben der Maassen im Original). Im Gesicht, am Rumpf und den Extremitäten sehr starke uncoordinirte Bewegungen und zwar so intensiv, dass die Patientin keine freiwillige, coordinirte Bewegung machen kann; in den rechten Extremitäten und in der rechten Gesichtshälfte sind diese Krampfbewegungen stärker ausgesprochen, als in der linken; bei psychischen Erregungen werden die Krämpfe so arg, dass man die Patientin kaum im Bette oder im Stuhle halten kann. Wenn die Patientin Etwas sagen will, so treten eine Reihe uncoordinirter Bewegungen im Gesichte auf, so dass sie lange Zeit Nichts aussprechen kann, dabei bemerkt man, dass die linke Mundhälfte die geordneten Bewegungen ausführt, während die rechte gedehnt wird und dem Willen nicht Folge leistet. Neben den starken, ausgedehnten Contractionen in den Muskelgruppen bemerkt man noch kleinere Zuckungen in den einzelnen Muskeln (tic). Auch in der Zunge sind die Krampfbewegungen sehr ausgeprägt. Die Stimme der Patientin ist zunächst laut, dann aber wird sie rasch schwächer, bis schliesslich die Kranke kein Laut mehr von sich geben kann, sie bewegt nur die Lippen. Sehr verschiedenartig und sehr ausgedehnt sind die Krampfbewegungen in den Extremitäten, wobei die Finger athetotische Bewegungen ausführen. Die electrische Erregbarkeit der Muskulatur ist normal, Atrophie nicht vorhanden, ebenso normal ist die Sensibilität. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wir es hier mit einer Erkrankung des Gehirns zu thun haben; Freud bezeichnet diese «als Spastische Diplegie». Sucht man nach der Aetiologie, so geht man nicht fehl, wenn man hier das Lyttle'sche ätiologische Moment, also, die während der Geburt eintretenden intrameningeale Blutungen annimmt. In Folge der Compression des Schädels, können die Venen, welche das Blut aus der Pia nach dem Sinus falciformis leiten, platzen, und es treten grössere oder kleinere Haematome auf der convexen Hirnoberfläche auf. Angeboren kann die Erkrankung nicht sein, denn sonst würden psychische Anomalien vorliegen und paralytische Erscheinungen würden vorherrschend sein.

J. Germann. «Ein Fall von Epilepsie mit continuirlichen Krämpfen in der anfallsfreien Zeit». (Nr. 12).

Der Fall ähnelt den von Professor Koshewnikow beschriebenen Fällen von sog. Epilepsia partialis continua.

A. Ssinew. «Ueber das Aufsuchen der Typhusbacillen in den Excrementen». (Nr. 12).

Verf. wendet die von Elsner angegebene Methode zur Differenzirung des Wachsthums des b. typhi und des b. coli an; als Nährboden wird die Holz'sche Kartoffelgelatine (1/2 Kgr. Kartoffelsaft, 1 Liter Wasser, 10% Gelatine, neutralisirt durch 0,4% NaHH) gebraucht. Die Kolonien des b. coli entwickeln sich in diesem Nährboden viel rascher (nach 20—24 Stunden), als die des b. typhi (nach 40—48 Stunden); erstere erlangen eine bedeutende Grösse, sie stellen bräunliche Ringe dar, letztere bleiben klein, zeigen sich dem unbewaffneten Auge als kleine meist farblose Pünktchen. S. fand, dass der b. Finkler — Priori und der b. cholerae asiaticae auf Elsner'schen Gelatine nicht wachsen, der b. prodigiosus, b. neapolitanus zeigen nur ein sehr spärliches Wachsthumsvermögen.

Abelmann.

Medicina № 8—9.

Prof. J. Kondakow: «Ueber die Polemik zu meiner Recension des «Kurs der Pharmacie» von Tichomirow.» (Schluss). (Nr. 8).

W. Gorbatowsky: «Ueber die chronische Einklemmung des Duodenum bei Fettleber.» (Nr. 8).

Der 59-jährige Patient litt an Fettleber und Fettherz und in Folge Schwellung der ersteren an relativer Undurchgängigkeit des Duodenum, so dass die Speisen unverhältnissmässig lange Zeit im Magen blieben und durch Gährung Magenerweiterung herbeiführten. Aus demselben Grunde litt der Gallenabfluss. Nach eingeleiteter Behandlung nahm die Schwellung der Leber ab und zugleich mit ihr gingen auch Magenerweiterung und Gallenstauung zurück. Als Symptome der beginnenden Stenose des Duodenum können gelten: Magendruck, Magenerweiterung und Gasansammlung im Magen bei normaler Zusammensetzung des Magensaftes, allmähliche Erschlaffung der Sphincteren in Pylorus und Cardia. Alle diese Erscheinungen verschwinden zeitweise, dann treten sie wieder auf und sind abhängig von der Leberschwellung.

A. Krupetzky: «Lymphosarcoma mesenterii.» (Nr. 9)

Es handelte sich in diesem Fall um einen 7-jährigen Knaben, der 7 Monate vor seiner Aufnahme in die S. Wassiljew'sche Klinik (Jurjew) ziemlich schnell abzumagern begann. Bald gesellte sich eine auf Druck schmerzhafte Geschwulst des Unterleibes dazu, die rasch zunahm und zur Zeit der Aufnahme eine unregelmässige Oberfläche aufwies, zum grössten Theil unterhalb des Nabels lag, hart und wenig beweglich war. Daneben fielen die hochgradige Anämie und Abmagerung des Jungen auf. Leber und Milz waren abgrenzbar, letztere etwas vergrössert, der Urin normal, so dass mit ziemlicher Sicherheit sarkomatöse Neubildung der Mesenterialdrüsen diagnosticirt werden konnte, die aber wegen ausgebreiteter Verwachsungen inoperabel schien. Die innere Verabreichung von Chinin. bisulf. 0,3 2 Mal täglich brachte namentlich anfangs einige Erleichterung. Nach 2 Monaten erfolgte der exitus. Die Section bestätigte die klinische Diagnose und ergab ausserdem Uebergang der Geschwulst auf die Blasenwand und feste Verwachsungen mit den Darmschlingen.

Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. 1896. (Februar—Mai.)

W. Hiltebrandt: «Ein Fall von Abdominaltyphus. (März).

Die ersten 19 Tage der Krankheit bestand beim 15 jährigen Seekadetten unregelmässiges Fieber, die Milz war geschwollen, zeitweise traten Schweisse mit Schüttelfrösten auf, daneben war leichte Bronchitis und geringer Enterocatarrh vorhanden. Am 29. Krankheitstage stieg die Temperatur plötzlich auf 39,7°, die folgenden Tage auf 40° und höher, es entwickelten sich Hirnsymptome, die auf eine Basilarmeningitis hindeuteten. Die Herzthätigkeit fiel und am 28. Krankheitstage erfolgte der Tod. In einem Blutpräparate, das zur Zeit der hohen Temperaturen gewonnen war, konnten Malariaplasmodien constatirt werden. Die Section ergab Veränderungen, wie sie im Anfang der zweiten Typhuswoche charakteristisch sind und chronische Meningitis; keine Basilarmeningitis.

A. Tscheremschansky; «Bericht über das Lazareth in Nagasacki». (April).

S. Sadowsky: «Bericht über eine Abkommandirung ins Ausland». (April, Mai).

P. Fedorow: «Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Zahncaries und ihrer Therapie». (Mai).

M. Bogdanow-Beresowsky: «Ein Fall von ausgebreiteter Hirnverletzung». (Mai).

Im Sommer 1894 wurde bei einer Gefechtsübung eines Torpedobootes durch Platzen eines Geschützes ein Matrose am Kopf schwer verletzt, blieb dabei aber bei voller Besinnung. 4 Stunden später bei seiner Aufnahme in das Kronstädter Marinehospital wurde eine 12 Ctm. lange, 1½—2 Cm. breite Längswunde constatirt, die von der Mitte der linken Augenbraue nach oben zum linken Stirnhöcker zog. In der Tiefe sah man einen 10 Ctm. langen, 1 Ctm. breiten Defect des Knochens, aus dem sich theilweise beschmutzte Hirnmasse hervordrängte. Hirnsymptome fehlten, nur das Bewusstsein war bei der Aufnahme leicht getrübt und nach einiger Zeit trat völlige Bewusstlosigkeit ein. Die beschmutzte Hirnpartie (circa ½ Esslöffel) wurde zusammen mit 4 Knochensplittern entfernt, die Wunde mit Borlösung ausgespült, ein Jodoformtampon eingelegt und darüber ein Trockenverband. Am nächsten Tage stieg die Temperatur bis 40°, der Patient war bewusstlos, aber ruhig. In den folgenden Tagen fiel die Temperatur allmählich und am sechsten Tage kehrte auch das Bewusstsein zurück. Am 10. Tage klagte Patient über starke Kopfschmerzen und zeigte neben Amnesie Erscheinungen von partieller motorischer Aphasie. Alle diese Symptome gingen aber bald zurück und 2 Monate nach der Aufnahme war die Wunde vollkommen vernarbt, unter der Narbe Pulsation fühlbar. Offenbar waren bei der Verletzung die linke mittlere und obere Stirnwindung getroffen worden.

Weyert.

Довв. ценз. Спб. 31 Августа 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Wratsch. Nr. 29—35 incl.

Prof. Lehmann und P. Burschinsky: «Die indische Hundswinde (Periploca graeca) als Herzmittel (Nr. 22, 24, 25. 26, 28 und 29).

Diese sehr ausführliche Untersuchung der bekannten Professoren an der Universität Tomsk zerfällt in einen pharmaceutischen und pharmakologischen Theil. Der erste enthält eine botanische und pharmakognostische Beschreibung der Pflanze und ihrer geographischen Verbreitung. Darauf folgt der anatomische und histologische Bau der Pflanzenrinde. Die wirksame Substanz derselben, die zu den Glycosiden gehört, nennt Lehmann Periplocin. Es sind farblose, durchsichtige, nadelförmige, in Wasser leicht lösliche Krystalle, auf deren physikalische und chemische Eigenschaften wir hier nicht näher eingehen können. Beim Kochen der wässerigen Lösung des Periplecins mit gelöster Schwefelsäure scheidet sich ein krystallisationsfähiger Körper, das Periplogenin, aus, das sich vom Periplocin durch seine Schwerlöslig-keit in Wasser unterscheidet. Pharmakologischer Theil. Die Versuche an Warmblütern (Hunden) zeigten, dass die Pflanze ein starkes Herzgift enthält, welches die für die Herzmittel characteristischen Veränderungen der Herzthätigkeit und des Blutdruckes hervorruft. Das ausgesprochene Vergiftungsbild tritt schon nach intravenöser Injection von 0,02 Grm. des Periplocaextractes einem 5—10 Kilo schweren Hunde auf. Dasselbe lässt 3 Stadien unterscheiden. I. Stad.: Allmähliges Steigen des Blutdruckes, Puls verlangsamt, aber hoch, zuweilen kurze diastolische Herzstillstände. II. Stad.: Plötzliche od. sehr rasche Beschleunigung der Herzthätigkeit, Puls klein; die Steigerung des Blutdruckes dauert fort. III. Stad.: Blutdruck schwankend, bald sehr hoch, bald niedrig, Puls dicrotisch und unregelmässig. Darauf plötzlicher Herzstillstand und Sinken des Blutdruckes bis auf 0. Bei künstlich durch die Brustwand hervorgerufenen Contractionen des Herzens steigt der Blutdruck wieder bis zu einer bedeutenden Höhe, woraus zu schliessen ist, dass die primäre Ursache des Sinkens des Blutdruckes der Herzstillstand ist. Die Verlangsamung der Herzthätigkeit im I. Stad. der Giftwirkung hängt von einer Reizung des Vaguscentrums in der Medulla oblongata ab, da eine vorhergehende Vagusdurchschneidung das Eintreten derselben verhindert und die schon eingetretene Verlangsamung vollständig beseitigt. Die starke Beschleunigung der Herzthätigkeit im II. Stad. ist eine Folge der Lähmung der Endigungen des Hemmungsapparates, da starke electrische Reizung derselben die Pulsfrequenz nicht herabzudrücken vermag. Die Blutdrucksteigerung beruht vorzugsweise auf Reizung der vasomotorischen Centra des Rückenmarks und Medulla oblongata und wird, hauptsächlich, durch Contraction der, von den Nervi splanchnici versorgten Gefässe der Unterleibsorgane bedingt. Die Gefässe der Haut und der Extremitäten scheinen durch das Periplocaextract erweitert zu werden. Eine Betheiligung des Herzens an der Blutdrucksteigerung liess sich nicht constatiren; falls eine solche überhaupt vorhanden ist, so ist sie nur secundär. Die wirksame Substanz der Hundswinde, das Periplocin, zeigt schon bei intravenöser Injection von 0,001 Grm. dasselbe Vergiftungsbild, wie das Extract. — Das Athmungscentrum wird durch das Gift unmittelbar gereizt. Nach intravenöser Injection von 0,02 des Extracts od. 0,001 des Periplocins tritt Anfangs keine Veränderung der Athmung ein, oder dieselbe wird sogar etwas verlangsamt, bald darauf aber stellt sich eine allmählige Beschleunigung der Athembewegungen und eine Vergrösserung des in der Minute ausgeathmeten Luftquantums ein. Nach eingetretenem Herzstillstande und Sinken des Blutdruckes bis auf 0 dauert die Athmung noch 2—3 Minuten an. — Die Harnsecretion wird durch das Extract und das Periplocin sehr beschränkt od. ganz aufgehoben; das Aufhören der Secretion entspricht immer einem hohen Stande des Blutdruckes; beim Sinken des Blutdruckes nach Einführung einer entsprechenden Menge Chloralhydrat, tritt die Harnsecretion wieder ein. Einige Versuche an ungefesselten Thieren haben als absolute Dos. let. bei subcutaner Injection 0,003—0,002 g Periplocin für einen Hund von 6—8 Kilo ergeben. Symptome: 15—30 Minuten nach der Injection wird das Thier unruhig und schreckhaft, zuweilen Speichelfluss, Athmung vertieft und verlangsamt. Kurz darauf tritt grosse Schwäche des Thieres ein und, als beständiges Symptom bei subcutaner Application des Giftes, hartnäckiges Erbrechen. Die Schwäche nimmt immer zu, das Thier ist kaum zu stehen im Stande, das Erbrechen hört auf und nach 2—3 Minuten treten ganz plötzlich Convulsionen und Opisthotonus ein, die nur sehr kurz dauern. Das Thier liegt bewusstlos da, macht einige tiefe Inspirationen und stirbt. Der Tod erfolgt etwa 2 Stunden nach der Injection des Giftes. Bei grossen, aber nicht letalen, Dosen treten dieselben Symptome auf, aber zu Convulsionen kommt es nicht. Bei Einführung in den Magen wirkt das Gift schwächer. Ein Hund von 6,4 Kilo, bekam 0,002 g Periplocin und blieb dabei vollständig gesund; ebenso vertrugen Hunde 0,04—0,4—0,6 g des Extractes ohne jeden Schaden. Auch erfolgte dabei kein Erbrechen, woraus zu schliessen ist, dass das bei subcutaner Injection des Giftes eintretende Erbrechen centralen Ursprungs ist. Obwohl nähere Untersuchungen darüber noch nicht vorliegen, so glauben die Verfasser doch, dass 5—10 Tropfen des Extractes pro dosi als unschädlich betrachtet werden können und hoffen dass die Pflanze sich als wirksames Mittel in bestimmten Fällen von Herzinsufficienz erweisen wird.

N. Alexeew: «Ueber die Aether- und gemischte Narcose». (Nr.Nr. 28 u. 29).

(Aus der geburtshülflich-gynaekologischen Klinik von Prof. N. Fenomenow). 39 Fälle reiner und 102 gemischter Aethernarcose bei verschiedenen gynaekologischen Operationen. Vor derselben wurde die Nasenschleimhaut mit 5%-iger Cocainlösung gepinselt, um starke Reizung der Schleimhaut der oberen Luftwege vorzubeugen und die Reflexe seitens derselben herabzudrücken. Die reine Aethernarcose wurde gewöhnlich nach der allmähligen Methode mit dem modificirten Junker'schen Apparate ausgeführt. Der Verlauf der Narcose war in allen 39 Fällen (darunter 2 mit Herzfehler) ein sehr befriedigender. Die einzigen Vorwürfe, die der Aetherisation gemacht werden können sind: 1) das langsame Eintreten der Narcose und 2) langdauerndes Excitationsstadium. Dieser beiden Umstände wegen ist man in der Fenomenow-schen Klinik zur gemischten Narcose übergegangen. Die Patientinen werden zuerst 5—8 Minuten lang bis zur Betäubung chloroformirt und darauf ätherisirt, wodurch das Excitationsstadium bedeutend abgekürzt wird, und die vollständige Anästhesie viel früher eintritt. Diese Methode wurde in 102 Fällen angewandt, darunter 48 Laparotomien, wo die Narcose tief und lang unterhalten werden muss. Die Patientin liegt dabei ruhig, die Bauchpresse erschlafft, Erbrechen tritt weder während der Operation, noch nach derselben ein, was bei Laparotomien besonders wichtig ist; ausserdem wirkt der Aether auf das Herz und den Gefässtonus in der Weise ein, dass der Puls nach Laparotomien nie so plötzlich sinkt wie nach Operationen unter Chloroformnarcose.

Prof. J. Grammatikati: «Intrauterine Injectionen, als Behandlungsmethode der entzündlichen Zustände des Uterus, seiner Adnexa und des Beckenperitoneums». (Nr.Nr. 29 u. 30).

Im Laufe der letzten 3 Jahre wurden von G. in seiner geburtshülflich-gynäkologischen Klinik an der Universität Tomsk bei den genannten Krankheiten etwa 3000 Injectionen gemacht. Er benutzte dazu folgende Lösung, die mit der Braun'schen Uterusspritze injicirt wurde: Alumnol 2,5

Tinct. Jodi
Spirit. vini rectificatissimi (95%) aa 25,0.

Von dieser wird täglich gewöhnlich nur 1,0 g. eingespritzt, besonders in den Fällen, wo die Adnexa nur wenig verändert und die Tuben nicht dilatirt sind; sind die Adnexa geschwellt, so kann man 2,0 g. injiciren. Unangenehme Erscheinungen wurden nie beobachtet. Die meisten Patienten vertrugen die Injectionen schmerzlos, einige klagten über Schmerzen während und nach der Injection, die aber gleich darauf von selbst oder nach Application eines Suppositoriums mit 0,01 Morphium zurückgingen. Nach 15—20 Injectionen bleiben die Menses aus und 40 derselben genügen gewöhnlich, um die Menses auf 2—3 Monate aufzuschieben und um die gewünschten Resultate zu erzielen. Diese sind, je nach der Dauer des Leidens

und den pathologisch-anatomischen Veränderungen in den betroffenen Organen, sehr verschieden. Am besten sind dieselben bei den acuten Entzündungen: die Temperatur sinkt, die Schmerzen schwinden und das entzündliche Exsudat wird rasch resorbirt. In vielen Fällen chronischer Entzündung der Adnexa mit geschwulstartiger Veränderung derselben wird durch die intrauterinen Injectionen ein Zustand erreicht, bei dem die operative Behandlung bedeutend erleichtert oder ganz überflüssig wird. Die chronische Entzündung des Beckenperitoneums und die hartnäckigsten Formen der Endometritis chronica werden vollständig geheilt. Während der Behandlung sistiren nicht nur die pathologischen Metrorrhagien, sondern auch die physiologische Menstruation; diesen letzten Zustand nennt Verfasser «temporäres Klimacterium».

J. Tikanadse: «Zur Casuistik der Keratitis superficialis malarischen Ursprungs». (Nr. 29).

3 Fälle. Characteristische Symptome sind: Anästhesie der Hornhaut, sternförmige Infiltration und geringe Reizung derselben, periodisch auftretende starke Schmerzen im Auge und die therapeutische Wirksamkeit des Chinins.

Prof. G. Turner: «Zur Frage über die Aetiologie der acuten Entzündungen der Schilddrüse (thyreoiditis, strumitis) Nr. 30.

T. beschreibt einen von ihm beobachteten Fall, der als bestes Beispiel embolischer Infection der Schilddrüse dienen kann. Patientin, 51 a. n. litt seit ihrer Jugend an rechtseitigem apfelsinengrossem Kropfe. Ausserdem bestand seit langer Zeit hartnäckige Verstopfung. Plötzlich, im Laufe einiger Stunden, entwickelte sich bei ihr unter starken Schmerzen, Unwohlsein, Frösteln etc. eine harte, schmerzhafte, Faustgrosse Schwellung an Stelle des Kropfes. die das ausgesprochenste Bild der acuten Strumitis darstellte. Einen Tag vorher acute Magen-Darmstörungen. In den folgenden Tagen machte die Entzündung rasche Fortschritte. Die Geschwulst vergrösserte sich und nahm jetzt die ganze rechte Seite des Halses ein, starke Schmerzen, Schlingbeschwerden. Gleichzeitig — Erscheinungen einer allgemeinen Septikämie: icterische Verfärbung der Haut, trockne, belegte Zunge, benommenes Sensorium, Temperatur 39,5. Sobald die Schwellung Fluctuation zeigte, wurde dieselbe incidirt. Es entleerte sich dabei viel Eiter, dessen Untersuchung nur Staphylococcus pyogenes aureus ergab. Gleich darauf — rasche vollständige Heilung. Die Infection erfolgte, wahrscheinlich, vom Darm aus.

E. Turkin: «Zur Frage über die Behandlung der Tuberkulose durch Blutserum». (Nr. 30). Vorläufige Mittheilung).

Durch zahlreiche aufeinanderfolgende Injectionen reiner Culturen von Tuberkelbacillen verschiedener Virulenz wurden Pferde gegen die Tuberkelinfection immun gemacht. Daranf wurden Meerschweinchen und Kätze tuberkulös inficirt und denselben das Blutserum der immun gemachten Pferde injicirt. Die mit dem antituberkulösen Heilserum behandelten blieben länger am Leben, als die Controllthiere, gingen aber endlich doch an fettiger Degeneration der parenchymatösen Organe zu Grunde.

K. Solowjew: «Ueber abnehmbare verhärtende Verbände aus Quark und Salmiakspiritus. (Nr. 31).

Technik der Herstellung derselben.

N. Wolkowitsch: «Die sog. extracapsuläre od. extraarticulare Methode der Resection des Kniegelenks». (Nr. 31).

Th. Omeltschenko: «Die vergleichende Histologie des Trachoms». (Nr. 31).

Verf. untersuchte die Bindehaut des Auges verschiedener Vögel, Säuge- und Kriechethiere. Er fand in der Conjunctiva des Huhnes, der Ente und der Truthenne dieselben follikelartigen Gebilde, wie bei der trachomatösen Affection der menschlichen Conjunctiva.

P. Nikanorow: «Ueber das Diphtherietoxin und Antitoxin». (Nr. 31). Vorläufige Mittheilung.

Ueber die Wirkung des Diphtherie antitoxins auf das Toxin derselben, sowie über das gegenseitige Verhältniss beider zu einander existirt bis jetzt keine einheitliche Meinung. Die einen Gelehrten (Behring, Kitasato) halten an der Humoraltheorie die anderen — (Metschnikow, Roux) an der Cellulartheorie fest. Auf Vorschlag von Prof. Nencki untersuchte Verf. die Wirkung verschiedener chemischen Substanzen auf das Diphtherietoxin und Antitoxin. Er fand dabei, dass das Antitoxin im Reagensglase (in vitro) das Toxin nicht zerstört und bildet mit ihm keine feste chemische Verbindung, es befindet sich nur in einer schwachen Verbindung, die durch essigsaures Kupfer leicht zersetzt wird. Auch im Thierkörper wird das Toxin durch das Antitoxin nicht zerstört, da bei der Immunisirung durch das Toxin und Antitoxin, die Wirkung derselben nicht aufgehoben, sondern verstärkt wird.

E. Shoffrio: «Behandlung der Sehnervenatrophien durch tiefe Antipyrininjectionen». (Nr. 31).

Von einer 50% Lösung wurden einen Tag über den Anderen 0,5 g. Antipyrin tief in die Rückenmuskeln, beiderseits von der Wirbelsäule injicirt. In einigen von den 10 Fällen, in den diese Behandlung erprobt wurde, wurden die Injectionen 5 Monate lang fortgesetzt. Irgend eine Besserung des Leidens wurde in keinem Falle beobachtet.

S. Afanasjew: «Bacteriologische Untersuchungen beim Scorbut». (Nr.Nr. 22 und 29—33).

Die Arbeit wird am besten im Original nachgelesen.

S. Delicin: «Zur Casuistik der traumatischen Rupturen der Unterleibsorgane». (Nr. 32).

Die direct und indirect auf den Bauch einwirkenden Gewalten haben hauptsächlich Verletzungen der Leber zu Folge. Characteristisch für den von D. beobachteten Fall war eine vorzugsweise Betheiligung der Milz, ohne dass dieselbe durch irgend welche Veränderungen ihrer Substanz zu Rupturen prädisponirt wäre.

N. Jurman: «Zur Behandlung der «gastrischen Krisen» bei Tabes dorsalis durch Cerium oxalicum». (Nr. 32).

Das Ceriumoxalicum wird von Dr. Ostankow bei den tabischen Magenkriesen dringend empfohlen. (Referat in dieser Beilage, pag. 40, 1896). Verf. sucht nun die günstige Wirkung desselben experimentell zu erklären und ist es ihm gelungen nachzuweisen, dass das Cerium oxalicum die Gährungs- und Fäulnissprocesse hemmt. Ausserdem wirkt es aber auch mechanisch, indem es, als unlösliche Verbindung, eine schützende Decke, für die vom vermehrten Säuregehalte stark gereizte Magenschleimhaut bildet.

A. Eckert: «Zur Frage über den Feuchtigkeitsgrad der Luft in den Schulen. (Nr. 33).

1) Derselbe ist etwa um 7—9% höher, als in den gewöhnlichen Wohnräumen. 2) Dieser hohe Feuchtigkeitsgrad wird nicht nur beim Aufenthalte der Kinder in der Schule beobachtet, sondern bleibt auch nach dem Lüften derselben und während der ganzen Nacht bestehen. 3) Am höchsten ist er im Herbst, am niedrigsten im Frühling, was vom Feuchtigkeitsgrade der äusseren Luft abhängt.

W. Matweewa: «Caries der Zähne bei der Schuljugend». (Nr. 33).

Die Zahncaries ist bei den Kindern der St. Petersburger Stadtschulen sehr stark verbreitet; durchschnittlich kommen auf jedes Kind etwa 4 bis 4,4 cariöse Zähne.

A. Makaritschew: «Medulläre Endotheliome der Hirnhäute». (Nr.Nr. 34 u. 35).

Verf. giebt die genaue macroscopische und microscopische Beschreibung eines solchen Falles.

N. Kuschew: «Ein Fall von Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut». (Nr. 34).

Pat. 12 a. n. Der Prolaps ist plötzlich entstanden, war ziemlich gross und bot alle characteristischen Symptome dar. Durch Pinselnng mit Tanninglycerin gelang es den Prolaps allmählich zum Schwinden zu bringen.

J. Sabludowsky: «Ein Fall Friedreich'scher Ataxie. Behandlung durch Massage. (Nr. 34).

Patientin 9 a. n. Nach 4-wöchentlicher Behandlung haben sich alle Krankheitserscheinungen, die Anfangs sehr ausgesprochen waren, derart gebessert, dass sie nur bei der genauesten Untersuchung wahrgenommen werden konnten.

L. Popelsky: «Ueber die Secretionshemmenden Nerven des Pankreas». (Nr. 35). Vorläufige Mittheilung.

D. Totesch: «Ein Fall von colporrhexis sub partu». (Nr. 35).

M. Blumenau: «Ein Fall von erfolgreicher Anwendung des Knochenmarks bei perniciöser Anämie.» (Nr. 35).

Unter Anwendung des Knochenmarks im Laufe von 2½ Monaten schwanden alle Krankheitserscheinungen einer sehr hochgradigen Anämie, die bei Behandlung mit Eisen und Arsenik sich immer verschlimmerte. Die Wirkung des Knochenmarks äusserte sich, vor Allem, durch Kräftezunahme des Pat., der, vordem ans Bett gefesselt, bald angefangen hat herumzugehen. Zu Ende der Behandlung wurde Pat. merklich dicker. Ausser einem leichten Durchfall und Erbrechen zu Beginn der Behandlung, wurden beim Gebrauch des Knochenmarks (3 Unzen täglich, mit Brod, Salz und Pfeffer od. Suppe) keine unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtet. A. Sacher.

Der VI. Congress russischer Aerzte in Kiew.

(Referirt nach dem «Wratsch.»)

Section für Chirurgie.

I. Sitzung am 22. April 1896.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. N. Sklifossowsky gewählt.

Dr. N. Wolkowitsch demonstrirte die von ihm bei der Behandlung der Brüche gebrauchten Gyps-Pappschienen: ein Pappstreifen von gewünschter Form wird mit einigen Schichten einer Gypsbinde bedeckt und noch vor dem Erhärten des Gypses auf die kranke Extremität angelegt und verbunden.

Dr. A. Jantschenko berichtete über 204 ambulatorisch behandelte Brüche, bei den, ausser einem immobilisirenden Verbande, der nur für kurze Zeit angelegt wurde, noch Massage und Extension (bei Brüchen des Oberarmes und Oberschenkels) angewandt wurde. Die Resultate waren sehr gut.

Dr. Wolkowitsch demonstrirte seinen «Apparat zum Ersatz des Taylor'schen bei Brüchen des Oberschenkels und Resection des Hüftgelenks. Derselbe stellt eine hölzerne Krücke dar, die etwas länger ist, als die untere Extremität; am oberen, etwas breiteren Ende derselben sind mit Eisenklammern zwei horizontale, einander parallele Leisten befestigt, deren eine auf das Kreuz, die andere auf den Bauch des Pat. gelegt wird. Nachdem das Knie desselben an die Schiene angebunden worden ist, führt man die Bindetouren über die horizontalen Leisten und über den Damm besonders über den Sitzknorren. Der Apparat ermöglicht dem Patienten das Gehen.

Prof. Th. Sinicin berichtete über einen Fall multiplen Lipoms bei einem 40-jährigen Manne, der 2 Mal wegen Störungen bei der Harnentleerung und Blasenkatarrhs die Klinik besuchte. Die Beobachtung zeigte, dass einige Lipomata von selbst schwanden und, dass die Entwickelung neuer und gesteigertes Wachsthum der alten Geschwülste mit den Störungen in den Harnorganen im Zusammenhang standen. Beide waren sie durch allzu reichliche stickstoffhaltige Nahrung verursacht. Strenge Diät beeinflusste die Lipomata und brachte die Harnstörungen zur Heilung. Es handelte sich hier und, wahrscheinlich, auch bei der Entwickelung anderer Geschwülste, um eine Trophoneurose.

II. Sitzung am 24. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. Th. Sinicin gewählt.

Dr. K. Sapeshko: Behandlung des Lupus. Vortragender demonstrirte einige Patienten, bei den er die lupös erkrankten Hautstellten des Gesichts excidirt hatte und nach der Contraction des Defectes aus der Stirnhaut eine Nase formte und Hauttransplantationen nach Thiersch vornahm. Er hält diese Behandlungsart für die einzig richtige und verwirft jede «Pinseltherapie», worunter er alle anderen Behandlungsmethoden des Lupus versteht.

Dr. B. Koslowsky: «Die Radicaloperation der Leistenbrüche nach Kocher». Vortragender operirte 22 Fälle nach Kocher und ist mit seiner Methode sehr zufrieden. Ein Pat. starb an Peritonitis; bei einem 75-jährigen Lastträger erfolgte ein Recidiv. Alle übrigen sind geheilt. Die Vortheile bei der Kocher'schen Methode sind: Einfachheit derselben, Intactbleiben der Bauchwand, geringe Zahl der Nähte, der Bruchsack braucht nicht eröffnet zu werden. Die Wunde wird vom Vortragenden nicht vollständig geschlossen, in den unteren Winkel derselben wird ein Tampon aus Jodoformgaze eingeführt, und ein Jodoformverband angelegt. In 5 Fällen trat Eiterung ein.

Dr. R. Shirmunsky: «Zur Casuistik des Echinococcus». 8 von Prof. A. Bobrow operirte Fälle, darunter in 5 Echinococcus der Leber, der einzeitig nach Lindemann und Landau operirt wurde: nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Echinococcussack mittelst 2 starker Ligaturen in die Bauchwunde gezogen, theilweise mit dem Troicar entleert mit 2 Lüer'schen Zangen noch mehr hervorgezogen, eröffnet und die Chitinkapsel exstirpirt. In 2 Fällen wurde darauf die Höhle, nach Billroth, mit 6% Jodoformemulsion ausgefüllt und vernäht; in einem derselben aber wurde 2 Tage lang blutiger Harn entleert und blieb die Temperatur 2 Monate lang hoch. Prof. Bobrow füllte deshalb in seinem letzten Falle die Höhle mit gewöhnlich physiologischer Kochsalzlösung aus und erreichte dadurch rasche Heilung. Diese Methode hält Vortragender für ideal. Bei vereiterten Echinococcen muss fest tamponirt werden.

Dr. A. Bogaewsky: «41 Echinococcusfälle im Krementschug'schen Landschaftshospital vom 29. October 1884 bis 17. Juli 1895». Die auffallend grosse Häufigkeit des Echinococcus im Gouv. Poltawa erklärt sich durch das Zusammenleben der Kleinrussen mit ihren Hausthieren. Unter den Patienten waren 8 Männer, 33 Frauen. In der Leber war der Echinococcus 33 Mal, in der rechten Niere 2, in der Lunge 1, in der Bauchhöle 4, im Unterhautzellgewebe der rechten Supraclaviculargegend 1. 7 Patienten starben ohne Operation, 34 wurden operirt; von diesen letzteren bei 27 Echinococcus der Leber, bei 4 in der Bauchhöhle, bei 2 in den Nerven, bei 1 in der Supraclaviculargegend. Von den Operirten starben 7 (4 Echinococcus der Leber, 3 der Bauchhöhle). Hydatidenschwirren wurde kein einziges Mal beobachtet.

Dr. W. Rozewitsch: «Zur Casuistik des Echinococcus» 9 von Prof. Th. Bornhaupt operirte Echinococcusfälle; in allen Fällen von Leber- und Bauchhöhlen-Echinococcus wurde die Operation zweizeitig gemacht; nach Extraction des Echinococcussackes wurde die Höhle mit Jodoform- oder Sublimatgaze tamponirt. In einem Falle, bei Echinococcus der Pleura entwickelte sich nach der Tamponade mit Sublimatgaze blutiger Durchfall, der nach Application von Borsäuregaze aufhörte. In einem Falle von Leber-Echinococcus bestanden die Symptome eines subphrenischen Abscesses: nach Resection eines Stückes der 7. Rippe und Spaltung der mit dem Zwerchfell verwachsenen Pleurablätter, zeigte sich Eiter und Echinococcussack. In einem zweiten Falle von Leber-Echinococcus platzte die Blase bei Punction derselben in der zweiten Sitzung der Operation; das Innere der Cystenwand war geschrumpft; wahrscheinlich, platzte die Blase nach vor der Punction; nach 2 Monaten wurde aus der vereiterten Höhle eine zweite Cystenwand ausgestossen. Die Wunde heilte nach 4 Monaten.

Dr. A. Kroneberg: «Zur Casuistik des Echinococcus» Zwei seltene Fälle. In einem derselben befand sich unter der vergrösserten Leber eine sehr grosse Geschwulst, bei deren Eröffnung unter Cocain sich etwa ein halber Eimer trüber Flüssigkeit mit vielen Tochterblasen entleerte. Pat. starb am 7. Tage an Peritonitis. Die Section ergab eine Communication der eröffneten Höhle mit einer Höhle im rechten Leberlappen. Gleichzeitig fanden sich 2 Geschwüre im Duodenum. Im zweiten Falle starb Pat. 2 Stunden nach seinem Eintreten ins Hospital. Die rechte Lunge war in eine Cyste mit zähem Inhalt und Tochterblasen verwandelt. Die Blase communicirte mit den Bronchen und dem Duodenum. An der unteren Höhlenwand fand sich eine rothe zähe Masse, nach der Meinung des Vortragenden, infolge des innerlichen Gebrauches von Schwefelantimon. Der rechte untere abgeschnürte Lungenlappen bildete eine Blase, die bis zum oberen Rande des Hüftbeine reichte. In der Leber 3 Cysten.

Dr. P. Kisselew: «Beitrag zur chirurgischen Behandlung des Kropfes». Vortragender extirpirte 3 Kröpfe, darunter 3 sehr grosse, die bis hinter die Sternoclaviculargelenke reichten. Im 4 Falle war der Kropf mit Oesophagus, Trachea und Nervus Recurrens verwachsen. Im 5 Falle waren beide Drüsenlappen afficirt, die den ganzen vorderen Theil des Halses einnahmen. Operirt wurde unter Chloroformnarcose nach Socin: Hautschnitte in der Mittellinie des Halses, oder am Vorderrande des Kopfnickers. Blosslegung des Kropfes, Unterbindung der Gefässe auf demselben, Durchtrennung der über den Kropfknoten gelegenen Drüsensubstanz, Auffindung der Kapsel, Spaltung derselben und stumpfe Ausschälung der Kropfknoten. Eine vorläufige Unterbindung der Art. Thyreoidea sup. wurde nicht vorgenommen. Starke Blutung ist nie eingetreten; von der Drüsensubstanz blieb immer viel zurück; die Wunden heilten per primam. Die operirten Kröpfe bestanden 3 Monate bis 15 Jahre.

Dr. B. Koslowsky: «Zur Casuistik der Schädeltrepanation». 10 Trepanationen nach traumatischen Verletzungen. In 3 Fällen offener Splitterbruch, Hirnhäute und Hirn selbst nicht verletzt. Im 4. Falle Trepanation aus kosmetischen Gründen. In allen 4 Fällen — Heilung. In 3 weiteren Fällen handelte es sich um Splitterbrüche des Schädels mit Verletzung des Gehirns und seiner Häute. Die Operation wurde am 2. Tage gemacht; es wurden die eingekeilten Fragmente

und in 2 Fällen auch das verletzte Gehirn entfernt. In einem Falle wurde in folge des komatösen Zustandes und zunehmender rechtsseitiger Hemiplegie nach einem Schlage mit einem Brette auf den Scheitel trepanirt. Trepanation, Entfernung der Blutgerinnsel von der harten Hirnhaut, Tamponade, Heilung. In einem weiteren Falle wurde bei Gehirnabscess trepanirt: vor 40 Tagen bekam Pat. einen Schlag auf den Scheitel; die Wunde heilte; allmählig entwickelten sich darauf Hirnerscheinungen; die Fragmente der Glastafel wurden entfernt; die harte Hirnhaut gespalten; Ausfluss von Eiter; Tamponade; Heilung. Folgender Fall: Hiebwunde der rechten Stirnhälfte; Prolapsus cerebri; nach 8 Monaten begann der Rubelgrosse Sequester, nach innen von Prolaps, sich abzulösen; Pat. war erschöpft und fieberte. Ein grosser und einige kleine Sequester wurden entfernt; aus der Schädelöffnung floss 1/2 Pfund Eiter; der Prolapsus wurde gespalten, entleert, tamponirt und reducirt; nach 5 Tagen Tod an eitriger Entzündung der Hirnhäute.

III. Sitzung am 25. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. A. Bobrow gewählt.

A. Falkenberg: «Zur Chirurgie des Schädels und des Gehirns». Vortragender berichtet über 9 Craniotomiefälle theils aus der chirurgischen Klinik, theils aus der Privatpraxis von Prof. Th. Bornhaupt. Die Indicationen zur Trepanation waren verschieden: Erkrankungen der Schädelknochen (Caries, Nekrose), Erkrankungen des Ohres mit chronischer Otorrhoe, Gehirnabscesse, offener Splitterbruch des Stirnbeins, Geschwülste des Gehirns (Gummata). Von all' den Fällen ist eins besonders interessant. Er betraf eine Lehrerin, bei der beide nekrotisirten Scheitelbeine und ein Theil des Stirnbeins entfernt wurden. Hereditäre Syphilis sehr wahrscheinlich. Seit 1878 bestanden 2 Jahre lang starke Kopfschmerzen, die darauf vergingen und nur eine Empfindlichkeit der Scheitelgegend hinterlassen haben. 1892 Stoss auf den Schädel mit Hirnerschütterung beim Fallen aus der Equipage, Verstärkung der Kopfschmerzen. 1894 Abscess am Scheitel, bei dessen Behandlung die Knochennekrose zuerst entdeckt wurde.

Dr. K. Sapeshko berichtete über eine sehr grosse von ihm entfernte Geschwulst der harten Hirnhaut, die von der crista galli bis zum Hinterhauptbeine sich erstreckte.

Prof. A. Bobrow: «Die Entzündung des Wurmfortsatzes und ihre Behandlung». Für die Entstehung der Krankheit sind, nach der Meinung des Vortragenden, die Abweichung von der normalen anatomischen Lage und Structur des Wurmfortsatzes (Länge, Enge und Lage, hinter, ein- od. aufwärts vom Blinddarm) von grosser Bedeutung. Die wichtigste Bedingung aber für die Entwickelung eines entzündlichen Processes im Wurmfortsatze ist die Anwesenheit von Momenten die die Stagnation des Inhaltes im Coecum und Processus vermiformis begünstigen und eine katarrhalische Entzündung derselben verursachen. Vortragender verwirft bei der Entzündung des Wurmfortsatzes den Opiumgebrauch, durch den die Stagnation und die Entwickelung virulenter Mikroben begünstigt wird. Es müssen Abführmittel gegeben werden. Wiederholen sich die Entzündungserscheinungen bei jedem Diätfehler und lässt sich in der Zwischenzeit in der Coecalgegend eine Resistenz durchfühlen, so muss operirt werden: jede andere Theraphie ist unsicher.

W. Krassinzew: «Ueber die operative Behandlung der Entzündung des Wurmfortsatzes». Vortragender operirte 2 Fälle mit günstigem Ausgange. In einem, der vor 4 Tagen acut begonnen hat, machte er in der Linea alba einen Bauchschnitt, trennte die zahlreichen Adhäsionen in der Coecalgegend, resecirte den veränderten Processus vermiformis, vernähte die Oeffnung im Blinddarm durch Etagennaht und verdeckte den Stümmel ausserdem mit einem aus der Coecalgrube entnommenem Peritonealblättchen. Im zweiten Falle operirte Vortragender bei einer Frau eine grosse linksseitige Leistenhernie (im Labium majus). Im Bruchsack lag das Coecum mit dem Processus vermiformis und ein Theil des Ileum. Der Wurmfortsatz war an 2 Stellen ulcerirt und es entleerte sich aus demselben Eiter; er war mit den benachbarten Därmen verwachsen. Die im Bruchsack befindlichen Theile wurden resecirt, die Därme vernäht und in die Bauchhöhle zurückgelegt; die Bauchwandwunde vernäht, die Wunde des Labium majus tamponirt.

Dr. N. Wolkowitsch: «Osteoplastische Resection des Fusses und Talo-Cruralgelenks». Demonstration von Gypsabgüssen der operirten Füsse.

IV. Sitzung am 25. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. P. Diakonow gewählt.

Dr. B. Koslowsky: «Die chirurgische Behandlung des Empyems». Vortragender beobachtete 23 Fälle von Empyem. Er operirt möglichst früh unter Narcose und resecirt ein entsprechendes Stück aus der Continuität einer oder zweier Rippen im Bereich der 7. bis 9. Rippe. Ausspülungen wurden nicht gemacht; nach Entleerung des Eiters wurde die Höhle nur mit Jodoform bepudert. Die frischen Fälle wurden ambulatorisch behandelt. Vortragender ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden und empfiehlt möglichst früh zu operiren.

Dr. A. Krassnow: «Zur Behandlung des Empyems.» Zwei mit gutem Erfolg operirte Fälle».

Dr. P. Botscharow: «Wie soll das Empyem behandelt werden. Auf Grund von ihm beobachteten Fällen zieht Vortragender die Thoracotomie ohne Rippenresection vor. Er incidirt in einem Intercostalraume, möglichst weit nach hinten, aber nicht hinter dem Rande der breiten Rückenmuskeln. Das Messer wird, mit dem Rücken gegen die darüberliegende Rippe gerichtet, eingestochen darauf horizontal umgedreht und der entsprechende Schnitt gemacht; darauf wird ein Drain eingeschoben. Die Vortheile dieser einfachen Incision sind: 1) es kann ohne Narcose operirt werden, was für einen schwer Kranken nicht indifferent ist; 2) es wird ein überflüssiges Trauma vermieden; 3) man bekommt genügend Raum sogar für das dickste Drain; 4) die durchsägten Rippen werden vom Eiter nicht bespült, was bei der Resection zur Nekrose der Knochenenden führen kann; 5) die Operation ist jedem Arzte unter allen Umständen zugänglich und wird deshalb schon früh gemacht werden, was für das Resultat derselben sehr wichtig ist.

Nr. N. Wobli. «Beitrag zur Frage, wie das Empyem behandelt werden soll? Vortragender ist ein eifriger Anhänger der Frühoperation durch Incision und hält die Probepunction für das sicherste diagnostische Mittel; beim Verbandwechsel macht er immer Ausspülungen der Brusthöhle.

Dr. K. Sapeshko: «Die Exstirpation der oberen Extremität zusammen mit dem Schulterblatte (amputatio interscapulothoracica)». Es sind in der Literatur nur 25 derartig operirte Fälle mit 22% Mortalität beschrieben. Die Indicationen waren: traumatische Verletzungen, Osteomyelitis und Neubildungen. Letzte Indication ist die wichtigste. Von den Neubildungen in der Schultergegend nehmen 50% von der Scapula ihren Ausgang. Sie entwickeln sich weit unter die Fascien, sind maligner und geben sehr häufig Recidive. Berger z. B. sammelte 15 Fälle, in den nach Exarticulation des Humerus eines Recidivs wegen nachträglich auch die Scapula extirpirt] werden musste. In 22 genau beobachteten Fällen der Amputatio interscapulothoracica traten nur in 3 locale Recidive ein. Vortragender operirt in folgender Weise: Der Schnitt beginnt am hinteren Rande des Kopfnickers, geht schief über die Clavicula zur Schulter und endet am unteren Rande des Pectoralis major, 2 Ctm. vom Humerus entfernt. Das Schlüsselbein wird mittelst der Kettensäge durchsägt, die Extremität nach hinten reducirt, das Schlüsselbeinende zurückgezogen, alle Gefässe (Art. subclavicularis und ihre zum Schulterblatt und den Brustmuskeln gehenden Aeste, die ebenfalls durchschnitten werden) worden unterbunden. Jetzt gelingt die Exstirpation des Schulterblatts leicht, fast ohne Blutverlust. Die Hautlappen werden entsprechend den Eigenthümlichkeiten jedes einzelnen Falles ausgeschnitten.

Dr. K. Sapeshko: «Eine Uranoplastik nach Entfernung des Oberkiefers bei malignen Neubildungen». Nach Resection einer Hälfte des Oberkiefers separirt Vortragender die Wangenschleimhaut bis zu ihrem Uebergange in den Unterkiefer und näht dieselbe an den Gaumenfortsatz des anderen Oberkiefers an; letzterer wird zu diesem Zwecke zuerst an einigen Stellen schief durchbohrt. Der grösseren Festigkeit wegen näht er die separirte Wangenschleimhaut auch mit dem unteren Rand der Schleimhaut des Nasenseptums und dem Rande des zurückgebliebenen weichen Gaumens. Alles dies lässt sich bequem durch eine breite Wunde in der Wange machen. Vortragender demonstrirte 2 Patienten, bei den er die beschriebene Uranoplastik machte. In der Literatur fand er nur einen misslungenen Versuch dieser Art der Uranoplastik von Bardenheuer.

Dr. N. Lissenkow: «Die Radicaloperation der Hirnbrüche. Auf Grund seiner eigenen histologischen Untersuchungen und der Angaben Muscatello's, nach den die angeborenen Gehirnbrüche von der harten Hirnhaut unbedeckt bleiben, behauptet Vortragender, dass diese Hernien eine Folge der unvollkommenen Abschnürung des fötalen Ectoderms sind; er vergleicht dieselben mit den Teratomen und hält ihre operative Entfernung für unbedingt indicirt. Vortragender hatte nur mit vorderen Hirnbrüchen zu thun und deckte, nach Abtragung derselben, den Knochendefect des Schädels am Nasenrücken durch einen Knochen-Periostlappen, so dass das Periost nach innen, der Knochen nach aussen vom Schädel gerichtet war. Dieser Lappen wird am besten vom arcus supraorbitalis am äusseren Augenwinkel genommen. Vortragender operirte selbst 2 Mal (1 gestorben), weiss noch von 2 Fällen

(1 gestorben), die nach seiner Methode operirt wurden. Im Ganzen wurden in Russland nach der osteoplastischen Methode 8 Patienten operirt, von denen 5 gestorben sind. Aber auch in diesen Fällen konnte man sich vom Erfolg der Knochenplastik überzeugen.

Dr. W. Senenko: «Die zweckmässige operative Behandlung der angeborenen Rückenmarkshernien der Kreuzbeingegend. Die Excision dieser Hernien hält Vortragender für die beste Behandlungsmethode, von den Nerven und Rückenmarke entfernt er nur so viel es nöthig ist, um die Oeffnung der Dura schliessen zu können. Der Knochenspalt wird darauf durch zwei Knochen-Periostlappen aus den Seitentheilen des Kreuzbeins gedeckt; der Lappen kann so umgeschlagen werden, dass das Periost nach innen gerichtet sei. Vortragender Operirte 10 Fälle (9 meningomyelocele und 1 meningocele), von den 4 gestorben sind: 2 — an eitriger Entzündung der Hirnhäute, 1 — an Verlust des Liquor cerebrospinalis und 1 — plötzlich an Athmungsstillstand; bei letzterem bestand Hydrocephalus. Contraindicirt ist die Operation bei Hydrocephalus, bei trophischen Störungen in den unteren Extremitäten. Der Erfolg derselben hängt vom hermetischen Verschluss der Duraöffnung, dem genauen Anpassen der Knochen-Periostlappen und der Abwesenheit einer Compression des Rückenmarks und der Nervenstämme.

Dr. E. Dobrochotow: «Zur Behandlung der undurchgängigen Stricturen der Harnröhre». Von 1893 an werden in der Moskau'schen Klinik von Prof. Sinizin die impermeablen Harnröhrenstricturen durch Einführung von Metallsonden behandelt. Diese sind den Roser'schen sehr ähnliche Sonden mit olivenförmigem Ende. Man führt zuerst, ohne Narcose, die dünnste Sonde ein, schiebt dieselbe mehrmals hin und zurück und lässt sie 15—30 Minuten lang liegen, darauf geht man zu den stärkeren Nr.Nr. (bis 20—23) über und führt einen Catethère a demeure (Nr.Nr. 17—19) ein. Ein gut eingeführter und passender Katheter wird immer gut vertragen (Temperatursteigerungen bis zu 38,3 sind von keiner Bedeutung). Nach 2—3 Tagen wird ein dicker Katheter und darauf die Sonden von Béniqué eingeführt. Vortragender glaubt, dass bei dieser Methode keine Zerreissung, sondern nur eine Dilatation der narbigen Verengerung stattfindet. S.

Westnik obschestwennoj gigijeni, sudebnoj i praktitscheskoj medicini. Nr. 4—6 incl.

P. Merkuljew: «Die Heilanstalten Russlands». (Nr. 4).

Das Oekonomiewesen der speciellen Heilanstalten.

G. Gerzenstein: «Die Verbreitung der Syphilis im Gouv. Nowgorod». (Nr. 4).

Die Zahl der Syphilitiker im Nowgorod'schen Gouvernement ist in stätiges Wachsen begriffen und stieg von 7.37 pro mille Bevölkerung im Jahre 1888 bis auf 8,7 pro mille im Jahre 1894. Ihre Verbreitung findet die Krankheit auch hier ebenso, wie überall im Reiche, hauptsächlich auf aussergeschlechtlichem Wege. Die medicinische Hülfe ist hier eine sehr mangelhafte. Zur Bekämpfung der Krankheit und ihrer Verbreitung schlug Dr. Lebedew die Gründung kleiner Heilanstalten für erwachsene Syphilitiker und besonderer Asyle für syphilitische Kinder vor. Mit diesem Vorschlage war auch die St. Petersburger syphilodologische Gesellschaft vollkommen einverstanden.

J. Kalning: «Die Pharmacie, ihre Bedeutung und wissenschaftlichen Aufgaben». (Nr. 4 und 5).

T. Schwerin: «Zur Frage über die Entwickelung chronischer Lungenkrankheiten bei den Porzellan- und Fayancearbeiten». (Nr. 5 und 6).

Als Material zur vorliegenden Arbeit dienten dem Verf. die Ergebnisse seiner 2-jährigen 1893—1895) ambulatorischen Behandlung der Arbeiter an einer der grössten Porzellan- und Fayancefabriken in Gouv. Twer. 16% der Arbeiter fand Verf. mit chronischen Lungenleiden behaftet, darunter etwa 5% tuberkulös. Die chronischen Lungenkrankheiten, besonders aber die Phthisis pulmonum, nehmen mit dem Alter der Arbeiter, d. h. mit der Schwächung des Organismus derselben an Häufigkeit zu, so dass die meisten, besonders die Schleifer, im Alter von 30—40 Jahren, an Lungenphtise sterben. Die verhältnissmässig geringe Zahl von Erkrankungen an Phthise der Arbeiter im vorgerückten Alter, ist, wahrscheinlich, durch das Aussterben der am meisten zur Erkrankung Disponirten im früheren Alter, zu erklären. Die vielfachen Schädlichkeiten, welche die Gesundheit der Porzellanarbeiter in so ungünstiger Weise beeinflussen, sind: a) Die hohe Temperatur und sehr verdorbene Luft in den Arbeitsräumen ohne jede Ventilation; b) das Arbeiten im Sitzen mit zusammengebogenem Körper; c) die ungeheuren Mengen Lehmstaubes, die die Arbeitsräume überfüllen. Dazu kommen noch die allgemein ungünstigen Verhältnisse des Fabrikwesens und -Arbeit, wie enge Wohnungen, schlechte Nahrung, viel zu lange Dauer der Tagesarbeit, mangelhafte Erholung bei derselben u. s. w. Alle diese Schädlichkeiten müssen durch passende, von der Regierung zu bestimmende Maassregeln, schleunigst beseitigt werden.

N. Skatkin: «Die Verbreitung der Syphilis und ihre ambulatorische Behandlung in den dem Krankenhause am nächsten gelegenen Dörfern des Tschernogrjas'schen Kreises des Gouv. Moskau». (Nr. 5 u. 6).

Von 1885 bis 1892 wurden 3880 Syphilitiker eingeschrieben. Mehr als ³/₄ derselben befanden sich in der tertiären Syphilisperiode. Durchschnittlich betrug die jährlich einregistrirte Zahl der Syphilitiker 4,13% der Bevölkerung. In den letzten 5 Jahren scheint die Krankheit etwas abgenommen zu haben. Die Behandlung war vorzugsweise eine ambulatorische. Die Patienten besuchten das Ambulatorium sehr selten und liessen sich nur sehr kurze Zeit behandeln, weshalb die meisten derselben ungeheilt blieben. Die Ursachen dieser ungenügenden Behandlung blieben unbekannt. Für die regelmässige Behandlung der Syphilitiker sind genaue Register derselben unentbehrlich, und zwar in jedem Dorfe:

a) Familienliste für alle Kranke, incl. Syphilitiker.
b) Familienliste nur für syphilitische Familien.
c) Namenliste für Syphilitiker allein.

Nur dadurch könnte eine richtige Vorstellung über die Verbreitung der Krankheit gewonnen werden.

W. Ergolsky: «Ueber die gerichtlich-psychiatrische Expertise in Sachen der Secten». (Nr. 5 und 6). Die Secte «Chlisti».

M. Nikitin: «Selbsthülfe bei der Geburt in gerichtlich-medicinischer Beziehung». (Nr. 6).

Nach Anführung der gesammten diese Frage betreffenden Literatur resumirt N. seine eigene Ansichten darüber.

1) Die Fälle von Selbsthülfe bei der Geburt sind selten, kommen aber zuweilen vor und haben deshalb eine praktische gerichtlich-medicinische Bedeutung.

2) Die Seltenheit solcher Fälle in der gerichtlich-medicinischen Praxis findet in den Eigenthümlickeiten des Geburtsverlaufes in solchen Fällen ihre Erklärung, die darin bestehen, dass nach dem Durchschneiden des vorliegenden Theiles, das Kind rasch geboren wird.

3) Die Beckenendlagen des Kindes sind für die Selbsthülfe bei der geheimen Geburt weniger günstig, als die Kopflagen, und kommen in der gerichtlich-medicinischen Casuistik überhaupt nicht vor.

4) Als Veranlassungen zur Selbsthülfe bei der Geburt dienen bei Kopflagen des Kindes grosser Durchmesser der Schultern desselben und Umschlingungen der Nabelschnur um den Hals; Wehenschwäche dagegen kann bei der geheimen Geburt nur sehr wenig Veranlassung dazu geben.

5) Characteristisch für die Selbsthülfe bei der Geburt sind geringe Verletzungen der Haut am Halse und Gesichte des Kindes gleichzeitig mit einem Bluterguss in die Scheide der Muskuli Sterno-cleidomastoidei

6) Bei intravitalen Brüchen der Kopfknochen und anderen schweren Verletzungen des Kindes, dürfen die Angaben über Selbsthülfe bei der Geburt keine Bedeutung haben.

7) Wenn auch die Selbsthülfe bei der Geburt dem Kinde keine schwere Verletzungen verursachen kann, so zeigt sie jedenfalls, dass bei Geburt Hindernisse vorgekommen sind und kann zur Asphyxie des Kindes beitragen, welch' letztere nicht selten die Todesursache der Neugeborenen ist.

S. Tilitscheew: «Bericht des Direktors der Mineralwässer zu Staraja Russa für das Jahr 1895». (Nr. 6).

A. Sacher.

Medicina № 9—17.

O. Wolfkowitsch: «Materialien zur vergleichenden Prüfung der Wirkung des Borshomer und Vichywassers auf die Secretion des Magensaftes.» (Aus der medicin. Klinik des Prof. Wassiljew). (Nr. 10—17).

Weitläufige Wiederholung der bereits referirten Arbeit desselben Autors (Medicina 1896 Nr. 5).

G. Rubinstein: «Ueber die Bestimmung der Alkalescenz des Blutes, besonders bei Carcinomatösen.» (Nr. 9, 10).

Nach der Methode von Loewy-Zuntz wurde die Alkalescenz bei einigen carcinomatösen Patienten bestimmt und zugleich auch der Gehalt an Hämoglobin und Formelementen geprüft. Dabei gelangte Autor zum Ergebniss, dass zwar in der Mehrzahl der Fälle von Carcinom eine Verminderung der Blutalkalescenz existirt, dieselbe aber nicht in directem Zusammenhang steht mit der Cachexie und dem Grade der qualitativen und quantitativen Veränderungen der Formelemente des Blutes. Da die Alkalescenz ein Resultat des Stoffwechsels ist, so müssen nach des Autors Meinung, Veränderungen in der Alkalescenz auf Anomalien im Stoffwechsel der Carcinomatösen zurückgeführt werden, auf welche seinerzeit Müller und Klemperer aufmerksam machten.

Prof. N. Golubow: «Die Appendicitis — eine epidemische bacterielle Erkrankung. Bemerkung zur Diagnose der leichten Fälle von Appendicitis.» (Nr. 12).

Auf Grund seiner Beobachtungen, die an anderer Stelle noch genauer mitgetheilt werden sollen, hält sich G. für berechtigt, die Appendicitis nicht nur für eine bacterielle, sondern manchmal sogar endemische Krankheit zu erklären. In Moskau wurden z. B. im Herbst und Winter 1895 eine verhältnissmässig grosse Zahl Appendicitiden und Perityphlitiden constatirt. Autor selbst behandelte durchschnittlich in den letzten 10 Jahren 2—3 Fälle im Jahre, dagegen im letzten Winter über 10. In einer Schule erkrankten im Verlauf von 2—3 Tagen 3 Schüler, die auf derselben Bank sassen, an Appendicitis. G. glaubt, dass ebenso wie bei der Dysenterie, die gewöhnlichen Mikroben des Darmkanals aus unbekannten Ursachen eine erhöhte Virulenz annehmen, auch das häufigere Auftreten der Appendicitis auf die gleiche Ursache zurückgeführt werden könnte und möchte daher die Appendicitis als «Dysenterie des Wurmfortsatzes» bezeichnen. — Darauf geht G. auf die Diagnose der leichten Formen der Appendicitis über, die seiner Meinung nach oft übersehen werden. Die plötzlich auftretende Schmerzhaftigkeit in der Mitte des Leibes, die sich bei genauer Palpation nach innen oben vom rechten lig. Poupartie lokalisiren lässt, leichte Temperaturerhöhung, Appetitlosigkeit, Obstipation charackterisiren diese Form. Nach 1—3 Tagen sind alle Beschwerden wieder geschwunden.

J. Neustab: «Lymphadenitis, polyphlebitis, neuritis et hemiplegia.» (Nr. 12, 13).

Der an Lungentuberkulose (Spitzenkatarrh) leidende Patient des Autors erkrankte an linksseitiger adhaesiver Pleuritis, wonach eine Schwellung der Lymphdrüsen der linken Halsseite und linken Axilla auftrat. Zugleich bildete sich ein Oedem der linken oberen Extremität und eine strangförmige Verdickung längs der inneren Fläche des Oberarms, von der Axilla bis zum Ellbogen. Bald darauf schwollen auch die Lymphdrüsen in der Fossa poplitea beiderseits an und führten gleichfalls zur Phlebitis und Oedem der Unterschenkel und Füsse. Dabei litt Patient an heftigen neuritischen Schmerzen längs des Tibialis, besonders links. Während der folgenden paar Wochen schien sich Patient zu bessern, als er plötzlich wohl in Folge von Embolie der rechten a. lenticulostriata von einer linksseitigen Hemiplegie betroffen wurde. Ueber den weiteren Verlauf schweigt Autor.

K. Netschaj-Grusewitsch: «Zur Therapie der Impotentia coeundi.» (14).

Der Merkwürdigkeit halber wollen wir erwähnen, dass Autor einen seiner Meinung nach äusserst einfachen Apparat, bestehend aus Sattel und Metallschiene construirt hat, der namentlich bei der auf psychischer Ursache basirenden Impotenz seine Anwendung finden soll. Ob sein Wunsch erfüllt wurde, theilt Autor leider nicht mit.

Weyert.

Eshenedelnik 1—10. incl.

S. Bestschinsky: «Ein Fall von erfolgreicher Anwendung der Musik zu therapeutischen Zwecken.» (Nr. 1.)

Ein dreijähriges Mädchen litt an Pavor nocturnus, der sehr heftig auftrat und auf Nervina und Bäder nicht wich. Verf. entschloss sich die Wirkung der Musik auf das Kind zu versuchen. Kurz vor dem Zubettgehen des Mädchens wurden Chopinsche Walzer gespielt, das Kind schlief ungestört, fiel ein Mal das Clavierspiel aus, so trat ein Anfall ein. Nachdem eine Zeit lang Abends das Kind durch Musik eingeschläfert war, hörten die nächtlichen Anfälle auf.

S. Bestschinsky: «Ein durch Massage geheilter Fall von Incontinentia urinae.» (Nr. 1.)

Ein 10-jähriger Junge, der an Enuresis nocturna litt, wurde durch Massage geheilt. Der in das Rectum eingeführte Finger führte 3—5 «Zitterdrückungen» (Thure-Brandt) aus, der Blasenhals wird 3—5 Mal durch zitternde Bewegung erschüttert.

W. Belilowsky: «Kurzer Bericht über die augenärztliche Thätigkeit auf der Station Astapowo.» (Nr. 2.)

In acht Monaten hatte Verf. 439 Pat. zu behandeln, an denen 61 Operationen gemacht wurden. Trachomleiden waren zahlreich vertreten, in frischen Fällen wurden die Granula durch Druck mit den Fingernägeln zum Platzen gebracht. Aufzählung, Besprechung und therapeutieche Maassnahmen bei den verschiedenen Fällen.

I. Nikitin: «Die Verbreitung der Syphilis im Nikolaew'schen Kreise des Gouvernements Samara.» (Nr 3.)

Unter einer Bevölkerungsziffer von 45,000 wurden 198 im Jahre 1893 als syphilitisch registrirt.

M. Patzkewicz: «Streitfrage auf dem Gebiete der Psychotherapie und des Hypnotismus.» (Nr. 4.)

Verf. tritt gegen die Auffassung Charcots in Bezug auf den Hypnotismus auf und will diesem Zweige der Psychotherapie eine grössere Verbreitung gezollt wissen.

S. Haneless: «Diphtherie-Epidemie im Koslowschen Kreise des Tambowschen Gouvernements und die Resultate der Behandlung mit Serum.» (Nr. 5.)

Die Zahl der an Diphtherie Erkrankten belief sich auf 193. Mit Serum wurden 152 behandelt, von denen starben 25—16,45%, von nicht mit Serum Behandelten starben 27—65,95%. Das Verhältniss der Genesungsziffer zwischen der ersten und zweiten Categorie verhielt sich 1 : 4. Verf. unterscheidet gangraenöse Form — 11,4% mit tödtlichem Ausgang in 64,7%, eine croupöse 2,6% ohne Todesfall, eine einfache 86% mit 12,3%.

M. Königsberg: «Ueber die Bestimmung der Concentration des Antidiphtherie-Serums oder der Zahl Immunisirungseinheiten.» (Nr. 6.)

Verf. stellt in übersichtlicher Weise tabellarisch das Verhältniss dar, in dem gewisse Mengen Toxin verschiedenen Antitoxinmischungen entsprechen etc.»

A. Danzig: «Zur Casuistik der Nachgeburtserkrankungen.»

Eine 39-jährige Frau wies 3 Wochen nach der Geburt eine hochgradige Phlegmone des Beckenzellgewebes mit Abscessbildung auf: Dämpfung und Infiltration der Unterbauchgegend, keine Fluctuation, Röthung der Haut in der Ileocoecalgegend, Kindskopfgrosse Geschwulst des rechten labium majus, Hochstand der portio vaginalis, der Uterus von einem harten tumor umgeben. Nachdem sich in der rechten Ileocoecalgegend Fluctuation gezeigt, wurde an dieser Stelle, sowie das labium majus incidirt, Genesung.

M. Zitrin: «Zwei Fälle von Missgeburt.» (Nr. 7.)

Verf. beschreibt 2 Fälle: der erte betrifft einen sich dem Militairdienst stellenden kräftigen Mann, der Verwachsungen der Zehen und als Rudiment eine sechste Zehe aufwies, der andere Fall betrifft ein 7-monatliches Mädchen mit multiplen Geschwülsten; auf der Radialseite des Handgelenkes, der Schulter, dem Vorderarm, einzelnen Phalangen, die Tumoren erreichen die Grösse eines Taubeneis, sind von blaulich rother Haut bedeckt, wenig beweglich, von teigartiger Consistenz. Wahrscheinlich handelt es sich um multiple Enchond rome.

L. Réthi: «Haemorrhagieen der oberen Luftwege, die allgemeine und locale Behandlung derselben.» (Nr. 8 u. 9.) Referirt nach dem Original v. Owtschinsky.

I. Dubrow: «Ueber adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum.» (Nr. 10.)

Adenoide Wucherungen werden meist im Kindesalter beobachtet und oft nicht erkannt. Unruhiger Schlaf, Athmen durch den Mund, blasses welkes Aussehen, Veränderung des Klanges der Stimme und mancherlei nervöse Symptome stellen das Krankheitsbild zusammen. Ausser den Mandeln sind die Luschkasche und Waldeyersche Drüsen vergrössert. Die Behandlung besteht in Entfernung der Wucherungen.

Lingen.

Дозв. ценз. Спб. 28 Сентября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 10. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 15—25.

D. Grigorjew: «Klinische Mittheilungen.» (Nr. 15.)

Autor bespricht einen Fall von Tuberkulosis omenti majoris bei einem Mann, der im Alter von 29 Jahren in das Marien-Magdalenenhospital mit Ascites, geschwollener Milz und Leber, leichtem Oedem der Beine und allgemeiner Abmagerung aufgenommen wurde. Nach einigen Tagen stieg die bis dahin normale Temperatur und hielt remittirenden Typus ein, um nach circa 2 Wochen intermittirenden Charakter anzunehmen. Bei Punction des Ascites wurde ½ Liter strohgelber Flüssigkeit entleert, die keine Tuberkelbacillen enthielt. Die Untersuchung des Sputums gab ebenfalls ein negatives Resultat, obgleich eine leichte Dämpfung der linken Lungenspitze nachweisbar war. Einmal gab der Urin eine deutliche Reaction auf Pepton, ohne Eiweiss. Das intermittirende Fieber erweckte den Verdacht auf Malariainfection und veranlasste daher zur Verabreichung von Chinin, das eine evident harntreibende Wirkung ausübte. Patient kam allmählich immer mehr herunter und starb an Kachexie. Die Section ergab neben spärlichen Miliartuberkeln in Lunge, Leber und Milz eine im oberen Theil der Bauchhöhle liegende, höckrige, derbe Masse von grauröthlicher Farbe, die das tuberkulös entartete Omentum majus darstellte. Zu den mikroscopischen Schnitten wurden Tuberkelbacillen gefunden. Was also zu Lebzeiten als vergrösserte Leber imponirt hatte war das tuberkulöse Omentum gewesen.

D. Kossorotow: «Gerichtlich-medicinische Expertise in Sachen der Multan'schen Wotjacken.» (Nr. 16—18.)

K. Peretz: «Ein Fall von adhäsiver Piritonitis in der Gegend des Pylorus.» (Nr. 18.)

Der 37-jährige Patient war vor 3 Jahren ohne besondere Ursachen an heftigen Leibschmerzen im Epigastrium mit Erbrechen erkrankt. Nach einigen Monaten hörten diese Symptome auf, traten aber nach einiger Zeit wieder auf und wieholten sich immer häufiger, so dass Patient bei seiner Aufnahme in das Obuchowhospital stark heruntergekommen war. Der Leib war eingezogen, die Bauchmuskeln angespannt, der Magen etwas dilatirt, seine Berührung, besonders in der Pylorusgegend schmerzhaft. Sonst nichts besonders. Die chemische Function des Magens war normal, die motorische etwas herabgesetzt. Auffallend war noch der vollkommene Parallelismus der Schmerzen mit der Peristaltik des Magens, die vom Patienten deutlich empfunden wurde. In Anbetracht dessen, dass ein frisches Magengeschwür ausgeschlossen werden konnte nahm Autor eine Verwachsung des Magens mit einem benachbarten Organ an und überwies den Patienten der chirurgischen Abtheilung, wo er von Dr. Trojanow laparotomirt wurde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwies sich der sonst normale Magen an der Vorderfläche des Pylorus durch einen Bindegewebsstrang mit dem linken Leberlappen verwachsen. Nach Ligatur des Stranges wurde derselbe durchschnitten und die Bauchwunde vernäht. Prima intentio. Das Resultat war ausgezeichnet, indem die Schmerzen aufhörten und Patient bald vollkommen wiederhergestellt entlassen werden konnte.

S. Isserson: «Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem.» (Nr. 19.)

Die 31-jährige Prostituirte wurde mit den Erscheinungen vernachlässigter Lues II in das Stadthospital von Kowno aufgenommen und ihr Injectionen von Hydrarg. salic. (1:10 Paraf. liqu.) 2 Mal wöchentlich und Einreibungen der breiten Condyloma an den Genitalien mit Calomelsalbe verordnet. Nach 2 Wochen entwickelte sich eine starke Dermatitis an den Oberschenkeln, so dass die Salbe weggelassen wurde. Nach der achten Injection waren die condylome und der papulöse Ausschlag verschwunden und leichte Stomatitis aufgetreten, so dass an Stelle der Injectionen Jodkali verordnet wurde. Nach 6 Tagen (in deren Verlauf die Patientin 6,0 Jodkalium eingenommen hatte) trat plötzlich ein über den ganzen Körper verbreitetes scharlachähnliches Exanthem auf, Patientin klagte über Kopfschmerzen, allgemeines Schwächegefühl und Hautjucken. Die Temperatur war normal, im Rachen nichts besonders. Das Jodkali wurde nun auch weggelassen und dafür Chinin verabreicht. Allmählich blasste das Exanthem ab, es trat kleienförmige Abschuppung der Haut auf, aber zugleich nahm auch die Schwäche zu, es stellten sich Erbrechen und Durchfall ein und 2 Wochen nach Beginn des Exanthems starb die Kranke. Leider scheint keine Section ausgeführt zu sein. Der Ausschlag hatte nach des Autors Meinung keine Aehnlichkeit mit Jodausschlägen, dagegen wohl mit Scharlach, der sich indessen durch Fehlen von Angina und Temperaturerhöhung ausschliessen liess.

J. Eiger: «Ein Fall von Hypersecretion bei Magengeschwür.» (Nr. 20.)

Der sonst nichts aussergewöhnliches bietende Fall war in der Beziehung bemerkenswerth, dass die Menge des ausgebrochenen oder ausgeheberten Mageninhalts um ein bedeutendes die Menge der aufgenommenen Flüssigkeit übertraf. Schon bei der ersten Magenausheberung wurde über 1 Liter Magensaft gewonnen, später 9—10 Liter in 24 Stunden. Dabei war der Magensaft nur wenig von der Norm abweichend und besass verdauende Eigenschaft. Das Quantum der freien Salzsäure fiel allmählich, bis sie ganz verschwand, die Menge des Magensaftes nahm dagegen zu. Patient starb an Erschöpfung. Bei der Section wurden Ulcus rotundum curvaturae minoris, Gastritis chronica, Dilatatio ventriculi, Enterocolitis chronica gefunden.

N. Iwanow: «Ueber künstliche Immunisirung bei Recurrens.» (Nr. 20.)

Die Versuche wurden folgendermassen angestellt: bei einem Patienten, der eine gewisse Anzahl typischer Anfälle durchgemacht hatte, wurden einige Tage nach dem letzten Anfall (der auf Grund klinischer Erfahrung bestimmt wurde) 100—200 ccm. Blut aus der Vena mediana basilica durch Aderlass gewonnen und das Serum im Eisschrank erhalten. Eine bestimmte Quantität dieses Serums wurde einem Affen (Macacus nemestrinus, M. javanus) in die Rückenhaut injicirt und 2—3 Tage später demselben Affen und einem Controlaffen spirillenhaltiges Blut von einem Kranken eingespritzt. In allen Fällen (5) erkrankten die Controlaffen am 3. oder 4. Tage an Recurrens, das durch Vorhandensein von Spirillen im Blut bewiesen wurde, die vorher mit Serum geimpften Affen dagegen boten nur leichte Temperaturerhöhungen, das Blut enthielt keine Spirillen.

M. Rostowzew: «Ein Fall von Anlegung einer Magenfistel nach Witzel bei carcinomatöser Stenose des Oesophagus.» (Nr. 21.)

R. operirte eine kachektische 46-jährige Frau nach Witzel und hatte die Genugthuung, das Leben der Kranken, die sich nach der Operation erholte, um 5½ Monate verlängert zu sehen. Die Fistel war, wie sich bei der Section zeigte, bedeutend kürzer geworden, hatte aber dabei den schrägen, Verlauf beibehalten, die äussere und innere Oeffnung maassen circa 3 Mm. im Durchmesser. Ausserdem waren bei Bildung der Fistel 2 Schleimhautfalten entstanden, die die innere Oeffnung klappenförmig schlossen und dadurch ein Austreten der Speisen verhinderten.

J. Loris-Melikow: «Ein Fall von Aktinomikose des Darms.» (Nr. 21—22.)

Bei dem 19-jährigen Patienten ging die Erkrankung vom Darm aus. Wahrscheinlich begann sie, wenigstens nach dem Resultat der Autopsie zu schliessen, vom Ileum, wo die Narbenbildung, der Charakter der Ulcera und die Abwesenheit von Aktinomycespilzen bei der mikroscopischen Untersuchung auf den Abschluss des Processes und beginnende Ausheilung hinwiesen. Im Rectum war die Erkrankung weiter gegangen und verbreitete sich durch eine Fistel über das kleine Becken, im Ovarium und seiner Umgebung einen aktinomykotischen Abscess bildend. Auf Leber und linke Niere war die Aktinomykose auf dem Wege der Metastase übergegangen.

G. Swijasheninow: «Beseitigung einer Narbencontraction der oberen Extremität durch Plastik.» (Nr. 24.)

Die 22-jährige Patientin hatte sich vor 10 Jahren eine Verbrennung dritten Grades der linken oberen Extremität und Schultergegend zugezogen, als deren Folge Narbenretractionen der linken Brusthälfte, des linken Ober- und Unterarmes nachgeblieben waren, die zu Contracturen im Schulter- und Ellbogengelenk geführt hatten. Durch Lappenbildung und Hauttransplantation gelang es in 2 Sitzungen die Contracturen beinahe vollständig zu beseitigen.

S. Afanassjew: «Untersuchung des Eiters von Typhösen in Bezug auf seinen Gehalt an amylolytischem Ferment.» (Nr. 22—23.)

Verfasser stellte seine Versuche in der Weise an, dass er einen aseptischen Faden mit einer Nadel unter die Haut Typhöser einführte, nach 24 Stunden herauszog und ein Stück Faden von bestimmter Länge in eine 2% stirilisirte Lösung von Stärkemehl übertrug. Das die Lösung enthaltende Reagensglas wurde im Thermostat bei 37° 3 Tage lang stehen gelassen und hierauf mit Fehling'scher Lösung auf Zucker geprüft. Dabei erwies es sich, dass die Menge Zucker, die durch das amylolytische Ferment des Eiters während des Fiebers gebildet wurde, bei Wannenbehandlung anfangs sank, um später beim lytischen Abfall der Temperatur wieder bedeutend zuzunehmen. War der Kranke geschwächt durch längere Krankheit, so war der Fermentgehalt der Eiterzellen stets gering und bei der Reconvalescenz die Zunahme auch kleiner. Die Thätigkeit der dieses Ferment erzeugenden Eiterzellen wird durch die Wirkung der Krankheitserreger gehemmt.

A. Pedenko: «Ein Fall von akuter Nephritis mit Bakterien nach einer inficirten Wunde der Hand.» (Nr. 24, 25.)

Im Harn eines Patienten, der mit einer inficirten Risswunde der Hand und allgemeiner Anasarca in das Marien-Magdalenenhospital aufgenommen wurde, konnten Eiweiss (0,9 Proc.), rothe Blutkörperchen und Cylinder nachgewiesen werden, daneben gelang es aus dem Harn eine Reinkulur von Staphylococcus pyogenes albus zu gewinnen. Im Eiter der Wunde wurde derselbe Coccus gefunden im Verein mit Staphylococcus pyog. aureus, der aber hinter ersterem zurücktrat. Antiseptische Behandlung der Wunde, Wannenbehandlung und entsprechende Diät brachten bald die Wunde zur Verheilung und die Nephritis zum Schwinden. Nach einiger Zeit war der Urin vollkommen bakterienfrei.

Weyert.

Westnik Oftalmologii.
(Januar — April 1896).

Agababow. «Die an der Kasan'schen Universitäts-Augenklinik beobachteten Fälle von Glaucom für die Jahre 1884—1894».

Während obigen Zeitraumes unter in Summa 27966 neuen Kranken, 769 Glaucomkranke — = 2,8 pCt. 57½ pCt. Männer, 42½ pCt. Frauen. Hypermetrope Refraction-Regel. 300 Glaucomkranke im Alter von 55—65, darunter 60 pCt. Männer und 40 pCt. Frauen. Im Alter bis zu 55 Jahren 276 Patienten, darunter 45 pCt. Männer und 55 pCt. Frauen. Im Alter von 55—85 Jahren 493 Kranke

Das Ueberwiegen der Frauen in den jüngeren Altersgruppen wird erklärt — durch Dünnheit und Nachgiebigkeit der Sclera; Schwangerschaft, Wehen, Neigung zu Hartleibigkeit — Momente, welche Blutandrang zum Kopfe begünstigen, dadurch aber Stauungen in den Vortex-Venen, und endlich Glaucomanfälle.

Von den Glaucomkranken gehören 77 pCt. der russischen und 22 pCt. der tatarischen Bevölkerung an.

Einseitige Erkrankung 27 pCt., doppelseitige Erkrankung 73 pCt. Beide Augen erkranken fast gleich häufig.

Iridectomirt wurden 189 Augen. Das Sehvermögen blieb dasselbe, wie vor der Operation in 56 pCt.; es wurde gebessert durch die Iridectomie in 25,4 pCt.; das Sehvermögen verfiel bald, trotz der Operation, in 18,6 pCt. Sclerotomirt wurden 2 Augen. Die getrübte Linse wurde entfernt aus dem Glaucomkranken Auge in 3 Fällen, davon ging ein Auge an Blutung zu Grunde. Enucleirt wurden wegen Schmerzen 5 Augen mit Glaucoma absolutum.

Glaucom in aphakischem Auge ein Fall.

Th. von Schroeder. «Noch zwei Fälle von Aktinomykose des Thränenkanals».

In dem einen der Fälle gelangte auch ein Stück der Thränenkanalwandung zur mikroscopischen Untersuchung, und es erwies sich, dass der Pilz auch in die Kanalwand hineinwuchert. Heilung erfolgte in beiden Fällen in wenigen Tagen, nachdem der untere Thränenpunkt gespalten worden und die Körper entleert wurden.

W. Derschawin. «Eine seltene angeborene Anomalie des Sehnerven» (nebst Skizze).

Patient 21 a. n. seit frühester Kindheit stets schwachsichtig gewesen. Fixirt er mit beiden Augen, so steht das Augenpaar nach rechts gewandt. Fixirt er mit je einem Auge apart, so steht das fixirende Auge convergent. Am Sehnervenkopfe findet sich beiderseits, in der Richtung nach oben und innen, ein Gebilde von weisslicher und bläulicher Farbe. Dasselbe ist Anfangs Papillendurchmesser breit und verschmälert sich weiterhin. Der Papille entspringt es und liegt Anfangs der Netzhaut dicht an, entfernt sich alsdann von derselben und geht pinselförmig gegen den Ciliarkörper durch den Glaskörper. Spärliche Gefässe finden sich auf diesem Gebilde.

W. Krawzenko. «Fall von Coloboma der Gegend des gelben Fleckes» (nebst Skizze).

Es bestand auch ein entsprechendes Scotom.

L. Segall. «Bei occlusio Pupillae nach Extraction empfiehlt er zur Pupillenbildung ein Discisionsmesser».

Das schneidende Ende ist ziemlich stark winkelig abgebogen. Nach dem Hornhautschnitt wird es flach eingeschoben bis an den nasalen Hornhautfalz, alsdann aufgerichtet wobei es in die Iris einhakt und nun durchgezogen, wobei Iris wie membranöse Exsudatreste durchschnitten (ob nicht eher durchrissen?) werden sollen.

«Behandlung des Trachom's mit concentrirter Milchsäurelösung».

Die nach jeder Aufpinselung sich bildende Schorfhaut liegt 3—4 Tage. Nach Abstossung derselben wird die Pinselung wo nöthig wiederholt. Er hat erst 10 Fälle damit behandelt, jedoch sollen die Resultate derartig sein, dass eine Nachprüfung von ihm empfohlen wird. Diese Beizungen sind aber sehr schmerzhaft trotz Cocain!

N. Andogski. «Ueber einige Bedingungen, unter denen sich Eiterungen, nach Operationen, im vorderen Augenabschnitte verbreiten, sowie deren Uebergreifen auf die tiefen Augenhäute Diss. 1895. St. Petersburg.

Die Arbeit ist unter der Aegide Professor Bellarminow's entstanden, und stützt sich zum Theil auf die Veröffentlichung Bellarminow's: «Ueber die Diffusion im Augapfel («Westnik Ophthalmologie» 1894, sowie «Graefes Archiv» 1894).

Wie Farbstoffe und zerriebene Tousche, so gelangen auch Bakterien um so leichter in die tieferen Theile des Augapfels, je weniger Widerstände im vorderen Augenabschnitt zu überwinden sind. Die intacte Linse, falls in normaler Lage, bildet einen mächtigen Schutz. Bei Fehlen der Linse oder deren Verletzung (Discision) kommt es gewöhnlich zur Panophthalmie. Eine geschrumpfte Linsenkapsel und intakte Zonula Zinii wiederstehen der Ausbreitung der Kokken weniger.

R. Katz contra Schimanowsky und umgekehrt. Polemische Artikel über «Skiaskopie».

Der Streit währt seit 1895. Die Redaction verspricht Fortsetzungen weiterhin nicht berücksichtigen zu wollen.

W. Chwalinski. «Zur Transplantation der Hornhaut».

Die Versuche wurden an der Kiew'schen Universitätsaugenklinik und unter Theilnahme Dr. Schimanowsky's ausgeführt. Kaninchen und Hunde. Entweder wurde die ganze Hornhaut nebst einem Theile der Conjunctiva überpflanzt, oder es wurden runde Scheiben, mit dem Hippel'schen Trepan gewonnen, transplantirt.

Die Hornhautstücke wurden in warmer 0,6 pCt. Salzlösung gehalten. Beide Herren haben keinen einzigen Erfolg zu verzeichnen und verwerfen die Operation.

P. Prokopenko. «Zur Behandlung des Trachomatösen Pannus».

Will gute Erfolge erzielen durch direkte Beizung der Oberfläche des Pannus mit dem Cuprum-Stifte.

N. Schtschepotjew. «Zur Lehre der epidemischen Hemeralopie».

Glaubt an einen genius epidemicus in Form eines besonderen Miasma. Trotzdem empfiehlt er in der Therapie an erster Stelle — gebratene Leber und Leberthran.

W. Rudin. «Anwendung der Anthropometrie zur Bestimmung des «Habitus» der Augen».

L. Nikolukin. «Bericht über 164 Staaroperationen ausgeführt im Petropawlowski'schen Landschaftshospitale».

Ohne Iridectomie 17 Fälle; mit Iridectomie, die Linse mit der Capsel ohne vorherige Discision — 87 Fälle (28 Mal Glaskörper); mit Iridectomie und Discision 55 Fälle (11 Mal Glaskörper). Zählt der Patient am Tage der Entlassung mit der Brille in 8—12 Meter Finger, so ist der Erfolg ein «guter». Derartige «guter» Sehresultate gab es 27 pCt.

G—n.

Der VI. Congress russischer Aerzte in Kiew.

(Referirt nach dem «Wratsch.»)

Section für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

1. Sitzung am 22. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. W. Tarnowsky gewählt.

W. Tarnowsky: «Die Serumbehandlung der Syphilis».

Diese Behandlungsmethode der Syphilis hat bis jetzt keine positiven therapeutischen Resultate ergeben. Auf Grund seiner zahlreichen Versuche glaubt Verf., dass die Syphilis sich auf Füllen übertragen lässt: 2 Füllen wurden im Laufe von 6 resp. 11 Monaten Syphilide eingeimpft; wenn auch am Leben der Thiere keine Syphilis ähnliche Erscheinungen eingetreten waren, so zeigten doch die Lymphdrüsen, Leber, Herz u. s. w. dieselben nestförmige Granulationen und Bindegewebsneubildung. Das Serum wurde im «Institut für experimentelle Medicin» bereitet und zwar vom ersten Füllen, dem 45 Impfungen gemacht wurden, 820 ccm., vom zweiten, dem 40 und darauf noch 15 Impfungen gemacht wurden, 700 und 830 ccm. Mit diesem Serum wurden 6 Patienten (5 mit Erscheinungen des condylomatösen, 1 des gummösen Stadiums) behandelt. Jedesmal wurden 10—20 ccm. Serum injicirt. 5 Patienten bekamen zu 20—25 Injectionen, 1 — nur 8. Die Behandlung hatte keinen günstigen Erfolg und verursachte Temperatursteigerungen, Albuminurie, Purpuraeruption und Gewichtsabnahme, weshalb Verf. sie nicht empfehlen kann.

A. Lurje: «Ueber den Einfluss der subcutanen Injectionen von Pferdeblutserum auf die Zusammensetzung des Blutes bei Syphilitikern».

Die Beobachtungen wurden auf Patienten im condylomatösen Stadium angestellt. Trotz der Injectionen dauerten die durch die Syphilis verursachten Veränderungen des Blutes fort. Die Zunahme des Harnstoffes, der Chloride und Phosphate bei den meisten Patienten bringt Vortragender in Zusammenhang mit dem Zerfall der rothen Blutkörperchen. Die Hautsyphilide blieben von der Behandlung mit dem Blutserum unbeeinflusst.

P. Nikolsky: «Ein Fall schwerer, galoppirender Syphilis mit langdauerndem Fieber».

Patient 28 a. n., inficirte sich vor 2 Jahren. 2 Grossväter, Mutter und 3 Tanten des Pat. litten an chronischem Alcoholismus. Pat. selbst litt vor seiner syphilitischen Infection an näher nicht zu bestimmende langdauernde fieberhafte Zustände. Ulcus phagedaenicum. Das erste Syphilid pustulös. Darauf fortwährende Recidive der Syphilide (papulöses, tuberculöses, Gelenk- und Periostentzündungen), die niemals vollständig schwanden, unter Quecksilber- und Jodbehandlung aber und besonders nach einer Cur in Pjatigorsk sich bedeutend gebessert haben. Milz und ein wenig auch die Leber vergrössert. Vom 16. Tage der Krankheit (Induration) an täglich auftretendes Fieber von intermittirendem Typus, das sehr lange dauerte und nur 2 Unterbrechungen auf 2 Wochen und auf 2 Monate zeigte; vom Quecksilber blieb dasselbe unbeeinflusst, liess aber bei Jodbehandlung für kurze Zeit nach. Vortragender glaubt, dass das Fieber nur von der Syphilis bedingt war und erklärt dasselbe ebenso wie den schweren Verlauf der Krankheit durch die Unbeständigkeit des Wärmeregulationscentrums, als Folge der hereditären nervösen Prädisposition. — Bei der Discussion machte Dr. W. Bashenow dem Vortragenden Vorwürfe über die späte Verordnung des Jodkaliums, da der günstige Einfluss der frühzeitigen combinirten Behandlung der bösartigen Syphilis jetzt schon feststeht. — Dr. K. Schadek bestätigte die günstige Wirkung des Jodkaliums beim syphilitischen Fieber. — Privatdocent Selenew ist mit der Erklärung des Vortragenden nicht einverstanden; die fieberhaften Zustände des Pat. könnten auch infectiösen Characters gewesen sein (Tuberkulose, Malaria). Die einmalige, vom Vortragenden ausgeführte, Untersuchung des Blutes auf Plasmodien und des Auswurfs auf Tuberkelbacillen schliesst diese Möglichkeit nicht aus.

W. Mironowitsch: «Ueber die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Schweiss».

Zur Ergänzung zu den im 1894 («Medicinskoje Obosrenie» Nr. 12) veröffentlichten Fällen berichtet Vortragender über noch 13 Beobachtungen, die die bedeutende Ausscheidung des Quecksilbers durch den Schweiss bestätigen, wodurch die Untersuchung des Harns zur Bestimmung des im Organismus vorhandenen Quecksilbers ihre entscheidende Bedeutung verliert.

2. Sitzung am 24. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. O. Petersen gewählt.

Dr. F. Ssemenew: «Zur Pathologie des sarcoma pigmento des multiplex cutis».

Vortragender berichtet über 3 Fälle, die er in der Klinik von Prof. Stukowenkow beobachtete. Der erste derselben ist dadurch interessant, dass die Krankheit bei innerlichem Gebrauch von Solutio arsenicalis Fowleri, Massage und Abbinden der Knoten mit elastischen Binden, hauptsächlich aber nach dem Ueberstehen eines schweren Erysipels einen günstigen Ausgang nahm. Im zweiten Falle, der letal endigte, wurden die Sarcomknoten genau histologisch untersucht. Auf Grund der beobachteten Krankheitserscheinungen (zuweilen schon frühzeitig auftretende Kopfschmerzen und Schwindel, darauf, beim Eintreten der äusseren Symptome, starke Neuralgien, Jucken, nervöse Oedeme, Neigung der Hyperaemien zur symmetrischen Ausbreitung, symmetrische Lage der Knoten, Functionsstörungen der Secretionsorgane, Veränderungen der Schmerzempfindung) und der pathologisch-histologischen Veränderungen der inneren Organe kommt Vortragender zum Schluss, dass das Sarcoma pigmentodes idiopaticum multiplex cutis (Kaposi) eine Nervenkrankheit ist, wahrscheinlich, durch eine paralytische Angioneurose bedingt. Zum Schluss berichtete Vortragender über einen dritten Fall, in dem Prof. Stukowenkow sarcoma idiopaticum Kaposi, Prof. Sikorsky aber etwas früher Erythromelalgie diagnosticirte, da beide Krankheiten in ihren Anfangsstadien eine grosse Aehnlichkeit der äusseren Erscheinungen zeigen.

M. Manassein: «Zur Frage über die Durchdringlichkeit der Haut».

Vortragender berichtet über seine microscopische Untersuchungen der von Menschen und Thieren entnommenen Hautstücke, welche beweisen: 1) Die lebende, unversehrte Epidermis der Säugethiere ist bei der gewöhnlichen Einreibungsmethode für Salben undurchdringlich; 2) Die Salben können verschieden tief in die Haarbälge eindringen.

O. Petersen: «Ueber die syphilitischen Larynxaffectionen».

Um die Häufigkeit und Formen derselben festzustellen, untersuchte Vortragender 150 Syphilitiker (Männer), von denen bei 64 primäre, bei 74 secundäre und bei 12 tertiäre Syphilis vorhanden war. Das syphilitische Erythem des Larynx fand Vortragender bei der primären Syphilis in 32,8 pCt., bei der secundären — in 31,4 pCt., d. h. bei beiden Formen fast gleich häufig, Papeln des Larynx dagegen wurden bei der primären Syphilis in 7,8 pCt., bei der secundären — in 29,7 pCt., bei der letzten Form also 4 Mal häufiger, beobachtet.

A. Lindström: «Zur Frage über das molluscum contagiosum».

Ein Fall starker Verbreitung der Molluscumgeschwülste und mikroscopische Untersuchung derselben, die übrigens nichts Neues darstellen.

Dr. W. Mironowitsch: «Die hypodermatische mercurielle Behandlung der Syphilis während des Gebrauches der Schwefelbäder in Pjatigorsk».

Vortragender weist auf die geringe Wirksamkeit der in den Curorten sehr gebräuchlichen Quecksilbereinreibungen hin. Trotz des Gebrauchs grosser Quantitäten grauer Quecksilbersalbe (1—2—6—15 Gramm täglich), sind die therapeutischen Wirkungen (die condylomatösen Syphilise schwinden nach 20—40, die gummösen — nach 35—50 Einreibungen) und die Quecksilberquantitäten im Harn nur sehr gering. Die Erklärung dafür sucht Vortragender in der verstärkten Perspiration der Patienten, bei der das Quecksilber durch den Schweiss aus den Hautdrüsen ausgewaschen wird; er zieht deshalb die hypodermatische Einführung des Quecksilbers vor, durch die wir das therapeutisch nothwendige Quecksilber-

quantum ins Blut überführen und einen rascheren Erfolg erzielen können.

3. Sitzung am 25. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Dr. Koppel (Jurjew) gewählt.

Dr. W. Kudisch: «Zur Frage über die Ausscheidung des Quecksilbers bei intravenöser Injection desselben».

Die Untersuchung des Harns ergab, dass die Ausscheidung des Quecksilbers dabei rascher und in grösseren Quantitäten stattfindet, als bei der subcutanen Injection. Im Harn wurden dabei weder Zucker, noch Eiweiss aufgefunden.

Dr. G. Koppel: «Ueber die Verbreitung der Lepra und den Kampf mit derselben in den Ostseegouvernements».

Die Zahl der Leprösen steigt mit jedem Jahre und erreicht jetzt etwa 600. Das Weitere über diese Frage ist unseren Lesern genau bekannt, so dass wir darauf nicht näher einzugehen brauchen.

Dr. P. Nikolsky: «Ein Fall trophischer Hautgeschwüre bei Affection der Cauda equina».

Vortragender demonstrirte eine Patientin mit Geschwüren und Narben am Kreuze, Ober- und Unterschenkeln und an den Fersen. Die Entwickelung dieser Geschwüre bringt Vortragender in Zusammenhang mit der Affection des plexus sacralis; für das Vorhandensein einer solchen Sprachen die Paresen und Paralysen der Sensibilität in den Muskeln und Hautpartien, welche von plexus sacralis ihre Nerven bekommen. Die Krankheit hat vor 13 Jahren mit starken Kreuzschmerzen begonnen. Ueber die Aetiologie und Art der Nervenkrankheit hat Vortragender nichts berichtet.

A. Lindström: «Zur pathologischen Anatomie der Sclerodermie».

Mikroscopische Präparate eines Hautstückes einer an Sclerodermie leidenden Patienten. Die Untersuchung ergab nichts Neues. Interessant sind die anamnestischen Angaben der Patienten, nach denen die Krankheit mit Jucken und Nässen der Haut an beiden Fusssohlen begonnen hat.

Section für Nerven- und Geisteskrankheiten.

1. Sitzung am 25. April.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. W. Bechterew gewählt.

Prof. W. Tschish (Jurjew): «Coitus interruptus als Ursache der Neurasthenie».

Vortragender berichtet über 17 Fälle, in welchen der unterbrochene Coitus als Hauptursache der Neurasthenie aufgefasst werden musste. Alle Patienten, 11 Männer und 6 Frauen im Alter von 30—40 Jahren, waren gebildete, bemittelte Personen, ohne hereditäre oder aquirirte Disposition und überhaupt ohne jede besondere Ursache zur Entwickelung einer Neurose. Der reservirte coitus war durch den Wunsch keine Kinder zu haben veranlasst, theils aus ökonomischen Gründen oder, um die Gesundheit der Frauen zu schonen. In allen Fällen wurde derselbe mehr als 2 Jahre, in 2 — mehr als 10 —, in 1 sogar mehr, als 20 Jahre ausgeübt.

Alle Patienten litten an Neurasthenie mittleren Grades; im Krankheitsbilde traten 2 Symptome besonders deutlich hervor: Krankhafte Furcht und Theilnahmlosigkeit. Die Behandlung bestand im Rathe, sich auf 2 Monate des Coitus zu enthalten, durch diätetische Maassregeln den Geschlechtstrieb abzuschwächen und den Coitus nur 2 Mal monatlich mit Gebrauch des Condoms auszuüben. Diese Therapie war von sehr günstigem Einfluss auf den Zustand der Patienten. Zum Vergleich führt Vortragender noch 36 Fälle an (27 Männer und 9 Frauen), in den die Neurasthenie in Folge mehrerer Ursachen, darunter auch der Coitus interruptus, sich entwickelte. Mehrere derselben litten gleichzeitig an Gonorrhoe, Syphilis und Impotenz. Aber auch diese Patienten klagten über krankhafte Furcht, so dass Vortragender dieses Symptom für die Neurasthenie in Folge des coitus interruptus als pathognomonisch zu rechnen geneigt ist. Dieselbe Therapie batte auch hier eine rasche und bedeutende Besserung zu Folge. Wie der coitus interruptus auf das Nervensystem wirkt, bleibt so lange noch unerklärt: möglicherweise sind hier die Dauer und Häufigkeit der Coitus von Bedeutung, vielleicht aber auch die gespannte Aufmerksamkeit, die dem Manne beim Coitus interruptus nothwendig ist. Jedenfalls ist derselbe aber unbedingt schädlich.

W. Muratow: «Diplegia spastica congenita, als klinische Krankheitsform (Little'sche Krankheit)».

Auf Grund seiner früheren Untersuchungen und noch einiger von ihm beobachteten Fälle kommt Vortragender zu folgenden Schlüssen: 1) «Diplegia cerebralis» ist nur eine anatomisch-physiologische Diagnose, im Sinne der Affection der Centralwindungen beider Hemisphären. 2) Unter dem Namen «Little'sche Krankheit» dürfen nur die congenitalen Formen der beiderseitigen Lähmung verstanden werden — diplegia spastica congenitia. 3) Das klinische Bild der Little'schen Krankheit bietet, je nach der Ausbreitung und Schwere der Affection, neben den characteristischen Symptomen und Localisation derselben, bedeutende Verschiedenheiten. 4) Diese Umstände erklären sowohl die Ausbreitung der Lähmungserscheinungen, in Form der doppelseitigen Hemiplegie, oder der Paraplegie mit Hemiplegie, als auch die Affection der psychischen Region; danach richtet sich auch die Prognose. 5) Die Differentialdiagnose von den aquirirten Formen wird auf Grund der Anamnese und des regressiven Verlaufs der Krankheit gestellt. 6) Schwerer oder pathologischer Verlauf der Geburt sind characteristische Symptome, aetiologisch aber bleibt noch zweifelhaft, ob dieselben als primäre Ursache, oder als Ausdruck eines constitutionellen Leidens der Mutter und der Frucht zu betrachten sind (Syphilis Fournier). 7) Die hereditären, doppelseitigen Lähmungen sind, als eine besondere Krankheit, noch wenig abgegrenzt; klinisch sind sie characterisirt durch den Beginn der Krankheit nach der Geburt, progressiven Verlauf und Intactbleiben der psychischen Thätigkeit. 8) Pathologisch-anatomisch ist die Little'sche Krankheit characterisirt als primäre, herdförmige Affection der Centralwindungen beider Hemisphären (Erweichung, Blutung) mit secundären Degenerationen des Gehirns und Rückenmarks. 9) Die schwere Beweglichkeit und Lähmung sind Symptome der Degeneration der Pyramidenbahn und nachfolgender Hypertonie der Zellen des Vorderhorns. 10) Defecte der psychischen Sphäre sind von der Grösse des primären Herdes und Ausbreitung der Degenerationen im Gehirn abhängig. 11) Zwangsbewegungen und epileptische Erscheinungen sind keine beständigen klinischen Symptome der Little'schen Krankheit. 12) Die Behandlung derselben ist nur in den günstigen Fällen möglich und besteht aus orthopaedischen — und Erziehungsmassregeln.

B. Greidenberg: «Zur Statistik und Aetiologie der fortschreitenden allgemeinen Paralyse der Irren». (Siehe Ref. in dieser Beilage, pag. 38, 1896).

N. Krainsky: «Zur Lehre von der Pathologie der Epilepsie». (Siehe Ref. in dieser Beilage, pag. 36, 1896).

2. Sitzung am 26. April, Morgens.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. S. Korsakow gewählt.

Dr. A. Gowsejew: «Die Hauptfragen der Organisation der Versorgung Geisteskranker».

Vortragender empfiehlt folgende 3 Stiftungsarten: I. Krankenhaus oder Sanatorium für alle Geisteskranke, die einer Behandlung und klinischer Beobachtung bedürfen. II. Patronage familial — das Unterbringen der zahlreichen, unheilbaren, chronischen Geisteskranken in den Familien der Land- und zuweilen auch der Stadteinwohner. Diese Versorgungsart hält Vortragender für die bequemste, zweckmässigste und humanste. Auf seinen Vorschlag wurde dieselbe im Jahre 1893 im Gouvernement Ekaterinoslaw eingeführt, in dem gegenwärtig ⅓ aller Geisteskranker mit günstigem Erfolge versorgt werden. III. Asyle für chronische Geisteskranke. Bei diesem dreigliederigen System werden die Patienten je nach Bedürfniss, aus der einen Stiftung in die andere übergeführt. Im Ekaterinoslaw'schen Gouvernements-Landeshospital bestanden im Jahre 1895 im Sanatorium 33%, im Patronage 32%, in den Asylen 35% aller Geisteskranker. Das System des Patronage familial findet aber bis jetzt überall noch viel Misstrauen.

Dr. S. Ssuchanow: «Ueber die klinischen Eigenthümlichkeiten einiger periodischer Formen der amentia acuta (amentia Meynerti)».

Privatdocent A. Tokarsky: «Die Behandlung der Trunksucht durch Hypnose.»

Von allen gegenwärtig gebräuchlichen Behandlungsmethoden des Alcoholismus sei die hypnotische die beste. Beim chronischen Alcoholismus sah Vortragender bei Anwendung derselben die besten Resultate; aber auch beim acuten Alcoholismus, in den Fällen, wo Opium und Chloral indicirt sind, kann man bei gleichzeitiger Anwendung der Hypnose mit viel kleineren Dosen des ersteren und meistens ganz ohne Chloral auskommen. Um sichere Resultate zu erzielen muss die Behandlung etwa ein Jahr lang fortgesetzt werden, anfänglich mit kleineren, darauf aber mit immer grösseren In-

tervallen. Gleichzeitig können auch andere Mittel, hauptsächlich Strychnin, Opium und Hydrotherapie angewandt werden.

Prof. W. Tschisch: «Ueber Katatonie».

(Vorläufige Mittheilung).

Auf Grund 22 von ihm beobachteter Katatoniefälle (16 Männern und 6 Frauen) kommt T. zu folgenden Schlüssen: Die Katatonie ist eine in der Pubertät (16—24 Jahre) sich entwickelnde krankhafte Affection des Gehirns. Hereditäre Belastung fehlt. Sie entwickelt sich ohne sichtbare ursächliche Momente; zuweilen nur geht Schreck voran. Vorzugsweise erkranken Männer. Alle Patienten des Vortragenden waren Esten und Letten. Die Katatonie ist eine Krankheit des Willens; der Ideengang, Stimmung und Bewegungen der Patienten scheinen nicht von ihrem Willen, sondern von anderen Trieben abhängig zu sein. Hallucinationen, maniakalische Aufregung und melancholische Verstimmung fehlen; die Patienten sind sich ihres Zustandes bewusst. Der Verlauf der Katatonie ist ein irregulärer und zeigt Verschlimmerungen und Besserungen. Letztere dauern zwar zuweilen sehr lange, 4—5 Jahre, vollständige Heilung kommt aber bei der Katatonie nicht vor. Die Katatoniker sind für die Pflege die schwersten Patienten. Narcotika und Hypnotica wirken auf sie schwächer, als auf andere Patienten.

Dr. S. Steinberg: «Ueber die Nothwendigkeit der Einschliessung der Geisteskrankheit eines der Eheleute in die Zahl der legalen Scheidungsgründe.

Prof. O. Motschutkowsky: «Ueber die Symptome der Parkinson'schen Krankheit.»

Lässt man einen an Paralysis agitans leidenden Pat. die Stirn runzeln und eine Minute lang in diesem Zustande behalten, so schwinden darauf die Runzeln nicht sofort und bleiben einige Zeit bestehen. Dies Symptom ist eins der beständigsten bei der genannten Krankheit; in 10 vom Vortragenden untersuchten Fällen, war dasselbe in 9 sehr ausgesprochen, in einem etwas schwächer. Das Zustandekommen desselben erklärt Vortragender durch die für die Paralysis agitans characteristische Muskelsteifigkeit, welche sich am besten an dem oberflächlichen, platten und dünnen Stirnmuskel beobachten lässt. Ausser der symptomatischen ist diese Erscheinung auch von diagnostischer Bedeutung besonders in den nur wenig ausgesprochenen Fällen.

3. Sitzung am 26. April, Abends.

Zum Ehrenpräsident wurde Prof. W. Tschish gewählt.

Dr. A. Kowalewsky berichtet über «2 Fälle von Affection des Nervensystems bei von wuthkranken Hunden gebissenen Personen nachden prophylactischen Pasteur'schen Impfungen».

4—6 Tage nach den Impfungen entwickelte sich rasch bei beiden Patienten eine Reihe von Symptomen, die für eine acute Affection des Rückenmarks sprachen. Der erste Pat. zeigte folgende Erscheinungen: gesteigerte Haut- und Sehnenreflexe, Schwanken bei geschlossenen Augen, Parese der unteren Extremitäten, Gürtelgefühl, herabgesetzte Schmerzempfindung an den Oberschenkeln und gänzlicher Verlust derselben von den Knien nach unten, Schmerzhaftigkeit beim Beklopfen des unteren Theiles der Wirbelsäule, erschwerte Harnentleerung und Verstopfung, Abnahme des Geschlechtstriebes, Schlaflosigkeit, Verstimmung. Die Untersuchung des zweiten Pat. ergab: Paralyse der unteren Extremitäten und Parese der Rückenmuskeln, gesteigerte Sehnenreflexe, vollständigen Verlust der Sensibilität an der ganzen linken unteren Extremität und an der Rechten bis zum Knie, theilweisen Verlust derselben am rechten Oberschenkel, der Gesichtshaut und Kreuz, erschwerte Harnentleerung. In beiden Fällen begann die Krankheit mit Schüttelfrost und darauffolgender Temperaturerhöhung bis auf 38°—39°. Bei dem ersten Pat. entwickelte sich ausserdem bald darauf Facialislähmung mit gleichzeitiger Schmerzhaftigkeit des entsprechenden Processus mastoideus. Der Krankheitsverlauf war ein ziemlich rascher und günstiger.

Dr. A. Gowseew: Die Bettbehandlung und ihre Bedeutung für die Pflege Geisteskranker.

Dr. E. Schuljansky: «Ueber die Wirkung der subcutanen Strychnininjectionen auf die hallucinatorischen Psychosen mit Alcoholismus in der Anamnese.»

Vortragender wendete im Laufe von 5 Monaten das Strychnin (0,006 pro die) subcutan bei 10 verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten an und kam zu folgenden Resultaten: 1) Bei den hallucinatorischen Psychosen tritt ein mehr oder weniger langdauerndes Nachlassen der Erscheinungen aber keine vollständige Heilung ein. 2) Unbewegliche, geistesschwache Patienten werden nach langdauernder Behandlung beweglicher, die Geistesschwäche erfährt aber keine Besserung. 3) Die hallucinatorische Verwirrung wird vollständig geheilt. 4) Appetit und Arbeitsfähigkeit verbessern sich. 5) Contraindicirt sind die Strchyinininjectionen bei Phtisikern, da sich bei ihnen an den Injectionsstellen Abscesse bilden.

Dr. E. Schuljansky: «Ueber die Wirkung der Schilddrüse und des thyroidini siccati (Merk) auf die chronischen Formen der Geisteskrankheiten.»

Vortragender behandelte 15 Geisteskranke mit Schilddrüsenpräparaten und kam zu folgenden Resultaten: 1) Pulsbeschleunigung bis auf 120 Schläge in der Minute. 2) Bei einigen Patienten trat gleichzeitig Temperatursteigerung ein. 3) Das Körpergewicht sank bis zu einem bestimmten minimum, auf dem es stehen blieb, um nach dem Aufhören der Behandlung bedeutend zuzunehmen. 4) Auf die psychische Sphäre der Pat. hatte die Behandlung keinen Einfluss. 5) Die langdauernde Darreichung der Schilddrüsenpräparate hatte gewöhnlich Magenstörungen zu Folge. S.

Eshenedelnik 12—20. incl.

A. Abramowitsch: «Die Behandlung des Trippers durch innerliche Mittel, speciell mit Extr. fl. Kawae-Kawae.»

Ob die Darreichung von inneren Mitteln bei Gonorrhoe von Nutzen, wird von den Autoren nicht in gleichem Sinn entschieden. Verf. hat auf Anrathen D. Cerna's ein Extr. aus Kawa-Kawa verordnet. 20 Tropfen 3 Mal täglich, trat am Anfang der zweiten Woche keine Besserung ein, so wurde zur localen Behandlung übergegangen. Uebrigens wurde meist gegen Ende der Behandlung zu Injectionen übergegangen, aber nie zu Beginn. Beim chronischen Tripper ist die Wirkung weniger zuverlässig, in jedem Fall auch bei längerem Gebrauch unschädlich. Bei der Urethritis post. verdient Kawa Beachtung.

E. Krsheminskaja: «Ueber die Verbreitung der Syphilis im Kowrowskischen Kreise des Gouvernement Wladimir.» (Nr. 12).

J. Stein: «3 Fälle von abgestorbenen Früchten in utero.» (Nr. 13.)

Im ersten Fall blieb die Entwickelung der Schwangerschaft im 4. Monat stehen, es traten vorübergehende Blutungen auf, nach vollen sieben Monaten gebar die Frau eine dem 4. Monat entsprechende Frucht. Die anderen Fälle waren diesem analog, in einem wurde ein birngrosser Körper geboren, der aus verdickten Eihäuten bestand, der Foetus war resorbirt.

J. Lwow: «Ptyalismus perniciosus gravidarum.» (Nr. 14 u. 15.)

Speichelfluss geringen Grades ist eine häufige Begleiterscheinug bei Schwangeren, doch kann derselbe, wie Verf. in zwei Fällen beobachtet, derartige Dimensionen annehmen, dass das Allgemeinbefinden beträchtlich leidet, das Körpergewicht abnimmt und ein äusserst reizbarer Zustand eintritt. Es werden den Tag über 1000—1600 Gramm Speichelflüssigkeit secernirt, das Aussehen und die chemische Zusammensetzung weichen von der Norm nicht ab. Nicht selten hilft sich die Natur durch eine frühzeitige Ausstossung der Frucht. In dem einen Fall lag ein $2^1/_2$ monatl. Gravidität vor, Erosionen; Verf. behandelte diese durch Aetzung mit Arg. nitr. und gab innerl. Brom mit Cocain, später Atropin, nach längerer Behandlung wurde Pat. von dem beschwerlichen Uebel befreit. Im zweiten Fall trat bei derselben Behandlung keine Besserung ein, die Frau abortirte, die Salivation hörte dann mit einem Schlage auf. Der Ptyalismus gravidarum gehört zur Gruppe der reflectorischen Neurosen. Von anderen Autoren sind diese, wie andere Erscheinungen, auf eine, während der Schwangerschaft statthabende, ungenügende Oxydation der Stoffwechselproducte, eine Leukomainvergiftung, zurückgeführt — eine Ansicht, die Verf. nicht theilt.

M. Schiperowitsch: «Typhus abdominalis, complicirt mit Scharlach.» (Nr. 16.)

Ein 15-jähriger Junge, der alle Anzeichen eines Typhus abdom. hatte, erkrankte mit unzweifelten Symptomen (Exanthem etc.) eines Scharlach. Die Symbiose zweier Bacteriengattungen erwies sich als ein auf den Verlauf und die Dauer der Erkrankung in günstigem Sinne einwirkender Factor. Nach Ablauf des Scharlach spielte sich der typhose Process weiter, aber wie es schien, in abgeschwächter Weise.

M. Schiperowitsch: «Zur pathologischen Anatomie des Typhus recurrens.» (Nr. 16.)

Zwei ganz analoge Fälle: in beiden Fällen hatte sich an Typhus recurrens eine croupöse Pneumonie angeschlossen. Auf dem Sectionstisch fand man Infarcte und Abscesse in der Milz. Der denselben entnommene Eiter wurde auf Fleischpepton geimpft und gab das charakteristische Aussehen des Fränkelschen Pneumococcus, 1/2 Cbcm dieser Cultur führte, einem Kaninchen unter die Haut gespritzt, zu einer acuten Septico-Pyaemie. Die Abscesse der Milz waren in diesen Fällen durch Einwandern der Pneumococcen auf dem Wege der Blutbahn entstanden.

J. Deitsch: «Die Bestimmung der Hydrotherapie, als einer wissenschaftlichen Methode.» (Nr. 17.)

Im Wesentlichen ein kurzer Ueberblick über die nicht genügend gewürdigte Bedeutung der Hydrotherapie.

J. Selenew: «Die Bedeutung der Dermatologie auf dem Gebiete der medicinischen Wissenschaft.» (Nr. 18.)

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die physiologische Bedeutung der Hautfunction, wird über das Vorkommen, die Menge und Art der Bacterien in der Haut nach anderen Arbeiten referirt.

Pathologische Veränderungen der Haut bei Infectionskrankheiten, wie Erytheme bei Cholera, Dysenteria, Influenza etc. oder Roseola bei Typh. abdom. sind wahrscheinlich der locale Ausdruck der Infection. Eine grosse Rolle beim Zustandekommen von Hautkrankheiten spielt das periphere Nervensystem, von manchen Autoren werden Hautkrankheiten, wie Prurigo, Pemphigus, Psoriasis etc. in directen pathogenetischen Zusammenhang mit dem peripheren Nervenapparat gebracht. Nicht ohne Relation stehen auch Erkrankungen der inneren Organe, besonders die der Verdauungsorgane und der Leber.

D. Wishnipolsky: «Ein Fall von Fruchtverhaltung.» (Nr. 19.)

Eine 27-jährige Frau trug alle Zeichen der Schwangerschaft, im 5. Monat hörten sie auf. Nach Ablauf von 9 Monaten gebar sie eine dem 5. Monat entsprechende Frucht.

A. v. Schroeder: «Bandwurmfinnen in Hechten.» (Nr. 11.)

Die Bandwurmeier, welche im Winter in die Flüsse oder deren Eis mit den Abfallmassen fortgespült werden, gelangen ohne Vermittelung eines Zwischenwirthen in den Hecht vornehmlich in der Laichperiode, weil er sich dann dem Ufer und der Wasseroberfläche am nächsten aufhält.

E. Liebersohn: «Ueber die Behandlung der Acnepusteln und Commedonen.» (Nr. 20.)

Diese Hautaffectionen stehen haufig mit Allgemeinleiden im Zusammenhang, wie Verdauungsstörungen, nervösen Erscheinungen, Anaemia etc. Daher hat sich die Behandlung auch gegen diese zu richten. Alsdann wird eine Localbehandlung eingeleitet, die gewöhnlich in der Expression der Commedonen mit dem Ullmann'schen Uhrschlüssel und Durchspülung des Canals mit adstringirender Flüssigkeit besteht. Unter Umständen werden Schwefel- und Praecipitatsalben oder heisser strömender Dampf, wie Verf. eine Reihe von Fällen behandelt, angewandt.

Lingen.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoj Medicini i Bakteriologii. Bd. 1 Liefg. 5 und 6.

J. Lange und N. Stepanow: «Ueber die an der bacteriologischen Station des Kasan'schen Veterinärinstitutes angestellten Experimente zur Gewinnung des antidiphtheritischen Heilserums».

Zum Ausgangspunkt der Experimente diente die Roux-Nicard'schen Methode der Gewinnung des Heilserums durch subcutane Einverleibung von Bouillonculturen des Löfflerschen Bacillus, welche Methode bald von diesen Autoren verworfen worden war, weil es nicht gelang ein genügend starkes Serum in kurzer Zeit zu erhalten. Lange gelang es nun doch mittels dieser Methode Pferde zu immunisiren, deren Serum Meerschweinchen von der Infection zu schützen vermag und zwar (nach der Roux'schen Nomenclatur) im Gewichtsverhältnisse von 1:50000. Zunächst begann L. mit subcutaner Injection von 2 ccm einer 3-tägigen Bouilloncultur und zu Ende des Jahres stieg die Einzeldosis auf 250 ccm, die die Pferde dann sehr gut vertrugen. Nach den Injectionen traten immer sowohl locale (Schwellung und Schmerzhaftikeit) wie allgemeine Reaction auf; die Virulenz der Culturen wurde an Meerschweinchen controlirt: 0.3 ccm der Cultur genügten um binnen 30—36 Stunden ein Meerschweinchen von 500 g zu tödten. Die Culturen wurden in grosse Fernbach'sche Kolben gezüchtet, die Bouillon reagirte alkalisch, enthielt 1% Pepton und überstieg nicht die Höhe von 1 1/2 ccm; die Kolben blieben 3 Tage lang im Thermostate (37° C.) und darauf wurden die Pferde geimpft. Die Virulenz der Cultur konnte durch systematisches Ueberimpfen von einer Kolbe in die andere verstärkt werden.

O. Motschutkowski: «Zur Pathologie des Processus vermicularis»:

Bei einem Patienten, der an einem chronischen Magen-Darmcatarrh laborirte, traten Symptome auf, die auf eine Appendicitis hinwiesen: starke Schmerzen in der rechten Leistengegend mit Ausstrahlung in die rechte Hüfte, zunächst dünnflüssige Stühle, dann Obstipation, Uebelkeit, Erbrechen, Fieber. Nach grossen Opiumgaben trat Besserung ein. Eines Tages fühlte Patient wieder stärkere Schmerzen im Leibe, es zeigten sich wässrige mit Blut untermischte Stühle, in einem dieser fand sich nun ein Handschuhfingerartiges Gebilde, das bei näherer Untersuchung sich als der Processus vermicularis erwies. Der Kranke genas später vollständig.

K. Flerow: «Ueber die fermentative Fähigkeit des Fridländer'schen Mikroorganismus und dessen Aehnlichkeit mit dem bacillus lactis aerogenes».

Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgendem Resultate: 1) Beide oben erwähnte Mikroorganismen unterscheiden sich morphologisch nicht. 2) Auf künstlichem Nährboden wachsen sie identisch. 3) Bewirken gleiche Coagulation der Milch. 4) Haben gleiche pathogene Wirkung auf Thiere. 5) Beide sind durchaus nicht indifferent; ihre Anwesenheit in Milchprodukten, als Fermente, schliesst die Anwendung der letzteren aus.

S. Troitzki: «Einige Daten neben die physiologische Wirkung der Moorbäder in Sakki (Sakk'scher See)».

Die Moorbäder werden aus dem am Boden des Sees liegenden Schlamm zubereitet und zwar in 2 Formen: 1) Natürliche Bäder, die in freier Luft zubereitet werden, indem der Schlamm in Galetten ausgebreitet wird, die in kleinen umzäumten Höfen auf flachen Gerüsten zu liegen kommen. 2) Einfache Bäder, die in Holz- oder Marmorwannen in geschlossenen Räumen zubereitet werden, indem das Moor mit dem sogenannten Rapa — dem Wasser des Salzsees bis zur gallertartigen Consistenz verdünnt wird. Die natürlichen Bäder, wobei das Moor direkt den Sonnenstrahlen ausgesetzt wird (die Oberfläche der Galette muss die Temperatur von 52° C. erreichen), werden in der Weise verabfolgt, dass der Patient sich flach auf die Galette legt und der Badewärter dieselbe einrollt, so, dass die durch die Sonnenstrahlen erwärmte Oberfläche die Haut des Patienten berührte, der frei bleibende Kopf wird mittels eines Schirmes von den Sonnenstrahlen geschützt; die einfachen Bäder haben eine Temperatur von 41°—43° C. Wenn kein Schwindelgefühl oder Opression eintritt, so verbleibt der Kranke in den Bädern 20 Minuten; daraufhin wird er mit dem Rapa abgespült und dann mit einfachem weichem Wasser, und wird zu Bett gebracht, wo er stark transpirirt. Nach den Bädern beobachtete T. eine starke Röthung der Haut, Erhöhung des arteriellen Blutdruckes, Beschleunigung des Pulses und der Respiration und starke Transpiration. Alle diese Erscheinungen dauern 2—5 Stunden nach dem Bade, nehmen allmählich an Intensität ab. Ausserdem beobachtet man Verringerung der rothen, Vermehrung der weissen Blutkörperchen, Abschwächung der electrocutanen Sensibilität und Verringerung oder sogar vollständiges Nachlassen der Schmerzen. Bei chronischem Rheumatismus und Neuralgie bewirken die ersten Bäder häufig eine Exacerbation der Schmerzen, die Gelenke schwellen wieder an und werden äusserst schmerzhaft; bald aber lassen diese Symptome nach und verschwinden dann häufig für immer. In 2 Fällen hat T. Stoffwechselversuche angestellt, er fand, dass die Bäder den Stickstoff-Stoffwechsel herabsetzen, jedoch eine bessere Assimilation des N. in der Nahrung bewirken; setzt man die Bäder aus, so steigt der Stoffwechsel des N., die Assimilation jedoch verringert sich. Verfasser hat experimentelle Beobachtungen an Thieren angestellt (Ferkel und Meerschweinchen), um die Wirkung dieser Bäder weiter zu verfolgen; er fand, dass unter deren Einflusse eine arterielle Hyperämie in den Organen der Bauchhöhle, insbesondere der Nieren eintritt; mikroskopisch constatirte er eine markante Exsudation in den Bowman'schen Kapseln, Schwellung der Epithelien der gewundenen Harnkanälchen.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 26 Октября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 11. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1896.

Wratsch. Nr. 36—41 incl.

D. Schirschow: «Zur Casuistik des Kaiserschnittes beim engen Becken (Nr. 36).

Es handelte sich um eine 34jährige, zum siebenten Mal gebärende Frau mit plattem rachitischem Becken und einer Verengerung desselben mittleren Grades: Conjugata vera = 7,5 cm Steisslage. Die ersten 2 Geburten endeten spontan, die übrigen 4 wurden künstlich beendigt, wobei 3 mal die Craniotomie an todter und 1 mal an lebender Frucht gemacht wurde. Da man unter diesen Verhältnissen auf eine glückliche Beendigung der Geburt durch eine andere Operation nicht rechnen konnte und die Frau ein lebendes Kind zu haben wünschte, so wurde ihr der Kaiserschnitt vorgeschlagen, um so mehr, als die Genitalien der Frau im Laufe der 22 Tage, die sie in der Klinik verbrachte, vollständig desinficirt waren und der Uterus eine gute Wehenthätigkeit zeigte, so dass man auf genügende Contractionen desselben bei der Operation rechnen konnte. Die Frau ist auf die Operation gern eingegangen. Mutter und Kind blieben gesund. Dieser Fall ist der siebente aus der Klinik von Prof. Lebedew, in denen der Kaiserschnitt bei relativer Indication gemacht wurde. Mortalität = 0.

E. Andrtjuschenko: «Ueber die Wirkung des Airols auf Bakterien» (Nr. 36).

Das Airol verhindert das Wachsthum des Bacillus pyocyaneus und prodigiosus, sowie des Milzbrandbacillus und Staphylokokkus pyogenes aureus.

W. Rosenzweig: «Die Vaginalelectrode von Dr. Ratschinsky» (Nr. 36).

A. Kuljabko-Korezky: «Das Airol als Verbandmittel» (Nr. 36).

Verf. hat das Airol in mehr als 100 Fällen bei kleinen sowohl wie bei grösseren chirurgischen Operationen angewandt und ist mit demselben so zufrieden, dass er sich vom Jodoform vollkommen entsagte. Wie jedes Pulver kann das Airol verunreinigt werden und muss daher vor dem Gebrauch sterilisirt werden, was durch Erhitzen auf 100° C. sehr gut gelingt. Es ist geruchlos und beschränkt die Secretion aus frischen Wunden, die dabei fast ausnahmslos per primam heilten; bei ausgedehnten Verbrennungen ist seine Wirkung besonders günstig. Als Emulsion (Airol. 2,0, Aq. dest. 5,0, Glycerini 15,0) wurde es mit sehr gutem Erfolg bei Urethritis, Cystitis und Conjunctivitis gonorrhoica angewandt. Auch kann Airolgaze bereitet werden. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet, obwohl das Airol zuweilen in sehr grossen Quantitäten angewandt wurde.

G. Wolinzew: «Asbest, als Verbandmittel und Untersuchungsmethoden der physikalischen Eigenschaften der Verbandmittel» (Nr. 34 und 36).

J. Klimow: «Ueber die Verbindung des Kleinhirns mit dem Nervus oculomotorius». (Vorläufige Mittheilung). (Nr. 37).

N. Jurmann: «Zur Frage der Bettbehandlung Geisteskranker». (37).

Kurze Mittheilung der Erfahrungen mit der Anwendung dieser Methode während eines Jahres im Nikolai-Militärhospital in St. Petersburg. Die Vorzüge dieser Methode seien folgende: Verbesserung des Schlafes und Appetits, Zunahme des Körpergewichts. Die Aufregung der Patienten wurde meistens schon in den ersten Tagen des Betthütens geringer und hörte zuweilen ganz auf. Die Unreinlichen wurden reinlicher. Bei starker Unruhe der Pat. wurden zuweilen subcutane Injectionen von Skopolaminum hydrobromicum (0,00025—0,001) gemacht. Die Isolirungen können auf ein Minimum herabgesetzt werden. Das Wartepersonal lässt sich nicht vermindern. Die Anwendung der Methode stösst bei Officieren auf grössere Schwierigkeiten, als bei Soldaten. Frisch aufgenommene Kranke gewöhnen sich an die Bettbehandlung rascher, als Pat., die erst einige Zeit nach ihrer Aufnahme derselben unterworfen werden. Ueber den Einfluss der Bettbehandlung auf den Verlauf und Ausgang der Krankheit kann Verf., wegen der kurzen Dauer seiner Beobachtungen keine genaueren Angaben machen.

P. Goworkow: «Das Geschlechtsleben der Garnison». (Nr. 37 und 38).

Sh. Michailowitsch: «Ueber das Verhalten der Leberzellen bei Amyloidleber». (Nr. 37 u. 39).

Durch Subcutaninjectionen reiner Bouillonculturen des Bacillus pyocyaneus ist es dem Verf. gelungen Amyloidentartung der Kaninchenleber hervorzurufen. Die microscopischen Untersuchungen zeigten, dass die Leberzellen bei diesem Vorgange sich nicht passiv verhalten. Die dem Amyloid benachbarten Leberzellen werden mehr körnig, ihre Grenzen verschwinden, die Kerne werden unsichtbar. Diese Zellveränderungen bilden, wahrscheinlich, die Vorstufe der Amyloidentartung. Obwohl M. Amyloidmassen innerhalb der Leberzellen nie gesehen hat, so glaubt er doch, dass eben diese Zellen das Material zur Bildung des Amyloids abgeben. Dafür sprächen die von ihm zuweilen beobachteten nicht ganz homogenen, sondern etwas körnigen Amyloidmassen und die Boettcher'sche Einkerbung an der Grenze zwischen dem Amyloid und den noch nicht völlig degenerirten Resten der Leberzellen, während die Grenze zwischen dem Amyloid und dem Capillarlumen eine mehr gerade und glänzende Linie darstellt. Diese Linie sei nach Boettcher die degenerirte Capillarwand.

S. Jakubowsky: «Zur Frage der Behandlung der Haematocele retrouterina». (Nr. 37).

An der Hand eines von ihm beobachteten Falles bespricht J. die Therapie der Haematocele retrouterina und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Haematocele retrouterina giebt an und für sich keine Indication zum operativen Eingreifen ab; der Tumor wird bei rein expectativer Behandlung in den meisten Fällen von selbst resorbirt. 2) Nur dann, wenn lebensgefährliche Complicationen eingetreten sind, oder wenn der Tumor sehr lange Zeit unverändert besteht muss die Cyste von der Vagina aus eröffnet werden. Niemals darf aber dabei die Laparotomie gemacht werden — eine viel gefährlichere Operation, die bei der Haematocele retrouterina keine Vortheile darbietet.

M. Lapinsky: «Zur Frage über die sogenannte Zenker'sche wachsartige Degeneration der Hirncapillaren». (Nr. 35 und 37).

Bei der mikroscopischen Untersuchung des Gehirns eines Syphilitikers fand L. die Capillaren desselben in einer Art degenerirt, wie sie bis jetzt nur für die wachsartige Degeneration der Muskeln beschrieben ist.

J. Ssabaneew: «Einige Bemerkungen zur extraarticulären Resection des Kniegelenks». (Nr. 38).

Prof. M. Ssergeew: «Das Verhalten des Chinins und Morphiums zur Schwefelsäure». (Nr. 38).

Nach der Russischen Pharmacopöe, editio 1891, dürfen das Chininum muriaticum und sulfuricum und Morphium muriaticum mit reiner Schwefelsäure keine Farbenreaction geben; die Lösungen müssen farblos sein. Bei seinen in dieser Richtung angestellten Nachprüfungen fand Verf., dass beide Chininpräparate des neuen und älteren (vor 10 Jahren) Einkaufes in reiner sowohl, wie in verdünnter (1:5) Schwefelsäure sich mit blassgrünlich-gelber Farbe lösen. Was das Morphium anbetrifft, so gaben ältere und neuere Präparate desselben, in reiner Schwefelsäure gelöst, eine schon von Göhlich (Archiv für Pharmacie, 1895) beschriebene röthliche, allmählig erblassende Zone, die nach längerem Stehen in schmutzig-violette Farbe übergeht.

N. Wolkowitsch: «Ein einfacher Apparat zum Gehen bei Brüchen des Oberschenkels und Resection des Hüftgelenks». (38).

(Sieh Ref. in dieser Beilage, pag. 51).

W. Dobronrawow: «Zur Frage der Schmerzstillung bei der normalen Geburt». (Nr. 39 u. 40).

Zur Schmerzstillung bei der normalen Geburt empfiehlt Verf. auf Grund seiner 25-jährigen Erfahrung folgendes Verfahren: in der Eröffnungsperiode wird, gleich nach den ersten Wehen, bei den besonders bei Primiparen, starke Unruhe auftritt, 0,01 Morphium muriaticum injicirt. Diese Injection kann 2—3—4 Mal nach 1—2—3-stündigen Intervallen wiederholt werden. Ist nach 2—3 Morphiuminjectionen die Eröffnungsperiode noch nicht beendet und muss die Narcose noch 2—3 Stunden unterhalten werden, so giebt man, um nicht zu viel Morphium zu injiciren, 2—3 grm. Chloral per Klysma, welche Dose eventuell nochmals wiederholt werden kann. Gleichzeitig mit diesen Mitteln wird auch eine 20% Cocainlösung zur Anaesthesirung des Muttermundes und der Vulva gebraucht, falls dieselben eine ausgesprochene Hyperaesthesie zeigen. In der Austreibungsperiode werden die Kreissenden durch die Billroth'sche Mischung aus Chloroform, Aether und Alkohol narcotisirt. Diese Mischung gebraucht Verf. schon 17 Jahre und ist mit derselben sehr zufrieden.

M. Blumenau: «Ueber die Behandlung der croupösen Pneumonie durch salzsaures Pilocarpin». (Nr. 39).

B. versuchte das Pilocarpin bei 16 Patienten, Soldaten im Alter von 21-25 Jahren. Dosis in den ersten Tagen — 0,1 pro die, in den folgenden etwas weniger. Beginn der Behandlung — 3.—4. Krankheitstag. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Vom 3.—4. Krankheitstage angewandt hat das Pilocarpin keine coupirende Wirkung und überhaupt keinen merklichen Einfluss auf die Krankheitsdauer.
2) Das Pilocarpin verhindert nicht die weitere Verbreitung der Entzündung.
3) Der bei der Pilocarpinbehandlung nicht selten eintretende rasche und plötzliche Temperaturabfall ist gewöhnlich kurzdauernd und tritt darauf eine mehr oder weniger langdauernde Temperatursteigerung ein.
4) Bei der durch Pilocarpin behandelten croupösen Pneumonie ist der Abfall des Fiebers gewöhnlich kein kritischer, sondern lytisch oder pseudokritisch.
5) Grosse Pilocarpindosen rufen, sogar bei wiederholtem Gebrauche, bei jungen, im Uebrigen gesunden Personen keine drohenden Symptome hervor.

J. Lwow: «Die Ausschabung des Fruchteies (abrasio), als Methode der Herbeiführung des künstlichen Abortus». (Nr. 40).

Die Methode wurde vom Verf. in 5 Fällen wegen unstillbaren Erbrechens im 3.—4. Schwangerschaftsmonate mit bestem Erfolge angewandt.

N. Kassjanow: «Zur Frage der Lungenembolie durch Riesenzellen der Placenta». (Nr. 40).

Vorläufige Mittheilung.

Nach Schmorl wird die Puerperal-Eklampsie durch zahlreiche Embolien in den Capillaren und kleinen Lungenarterien hervorgerufen. Die embolischen Pröpfe bestehen aus Riesenzellen der Placenta, d. h. aus mehrkernigen Protoplasmamassen des die Chorionzotten bedeckenden Syntitiums. Diese Embolien verursachen Störungen in der Circulation und Oxydation des Lungenblutes. Verf. untersuchte 5 Fälle (3 Eklampsie, 1 placenta praevia, 1 Embolie der Pulmonalarterie). Der Tod erfolgte in den ersten 4 Fällen 24—48 Stunden, im letzten — 1 Woche nach der Geburt. Die mikroscopische Untersuchung zeigte in allen Fällen zahlreiche Riesenzellen in den Capillaren und kleinen Lungenarterien, so dass Verf. die Anwesenheit derselben in den Lungen bei Wöchnerinen als eine physiologische Erscheinung betrachtet.

Th. Romanow: «Zur pathologischen Anatomie der Vergiftung durch chlorsaures Kali. Ein Fall von Vergiftung durch Kalium chloricum mit Fettembolien in den Lungen und anderen Organen». (Nr. 41 u. 42).

In dem von ihm beobachteten Falle fand R., ausser den für die Chloratvergiftung characteristischen Veränderungen, noch eine sehr verbreitete Fett-Embolie der Blutgefässe; besonders scharf ausgesprochen war dieselbe in den Lungen, wo ausser den Kapillaren auch viele kleine Arterien mit Fett angefüllt waren, im Gehirn, Schilddrüse, Herzmuskel und Nieren fanden sich Embolien nur in den Kapillaren, in der Leber und Milz waren nur sehr wenige Embolien vorhanden. Diese Vertheilung der Embolien spricht dafür, dass das Fett in die Lungen aus dem grossen Kreislauf, in die übrigen Organe aber erst nach dem Passiren der Lungenkapillaren, gelangte. Da der Paniculus adiposus unverändert war und die Leber weder Verletzungen, noch eine erheblichere Fettablagerung zeigte, so glaubt Verf., dass die embolischen Fettpröpfe aus dem Knochenmarke stammten, in dem tiefgehende Veränderungen bei der Chloratvergiftung beobachtet wurden. Zur Entscheidung dieser Frage vergiftete R. 8 Hunde per os mit chlorsaurem Kali; die mikroscopische Untersuchung der Organe der am 4.—14. Tage nach der Vergiftung krepirten Thiere zeigte Fettembolie der Lungenarterien; neben den Fetttropfen lagen im Lumen der Kapillaren an vielen Präparaten Riesenzellen, die den Riesenzellen des Knochenmarkes sehr ähnlich aussahen. Dieser Befund spräche mit einiger Wahrscheinlichkeit dafür, dass auch die Fetttropfen aus dem Knochenmarke in die Lungenkapillaren gelangten.

W. Buschuew: «Ein Fall eines angeborenen Herzfehlers bei einem Rekruten». (Nr. 41).

Es handelte sich um eine, intra vitam diagnosticirte, angeborene Pulmonalstenose mit gleichzeitigem Defecte im Septum ventriculorum.

W. Klimenko: «Dermatol, als Antidiarrhoicum». (Nr. 41).

Verf. hat das Dermatol mit sehr gutem Erfolg bei Durchfällen verschiedener Art angewandt, so bei Phthisis (16 Fälle), Typhus abdominalis (6 Fälle), Influenza (4 Fälle), Nephritis (4 Fälle), acutem (10 Fälle) und chronischem (17 Fälle), Darmkatarrh und bei Durchfällen der Brustkinder (3 Fälle). Dosis für Erwachsene: 0,25—0,5 6 Mal täglich, für Brustkinder: 0,03—0,06 6 Mal täglich.

U. Matschinsky: «Ein Fall cystischer Degeneration beider Nieren». (Nr. 39 u. 41).

A. Sacher.

Medicina № 18—32.

W. Zarubin: «Ein seltener Fall von Hypertrichosis universalis acquisita». (Nr. 18—22).

Nach genauer Anführung der Literatur beschreibt Autor einen von ihm in Charkow untersuchten Fall dieser Erkrankung bei einer 38jährigen, gut gebauten Frau, die vordem normal behaart, nach der Geburt des zweiten Kindes (vor 11 Jahren) längere Zeit bettlägerig war wegen heftiger Schmerzen im Unterleibe und darnach ein über den ganzen Körper verbreitetes schnelles Wachsthum der Haare an sich beobachtete. Auch das Gesicht blieb nicht verschont und bei der Untersuchung constatirte Autor einen bis 11 Werschok langen Vollbart. Daneben waren Hypertrophie der clitoris und linksseitige Salpingooophoritis chronica vorhanden. Die Geschlechtsfunctionen waren normal, die Menstruation allerdings war seit der letzten Schwangerschaft vor 11 Jahren ausgeblieben.

L. Rybaltschenko: «Ein Fall von perniciöser Anämie» (Nr. 23, 24).

Die 65jährige Patientin wurde mit Klagen über heftige Kopfschmerzen, Schwindel, allgemeine Schwäche und Apetitlosigkeit in die Klinik des Professor S. Wassiljew (Jurjew) aufgenommen. Bei der Untersuchung fiel die grosse Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute auf. An der Herzspitze war ein systolisches Geräusch, über den Jugularvenen lautes Schwirren hörbar. Leber und Milz waren nicht vergrössert, die rechte Niere beweglich und nach hinten dislocirt. Die Untersuchung des Blutes ergab eine bedeutende Abnahme der Formelemente: die Zahl der rothen Blutkörperchen betrug 1,300,000, die der weissen 6000, Hämoglobingehalt nach Fleischl 23 Proc.; unter dem Mikroskop waren Makro-, Mikro- und Poikilocyten sichtbar. — Allmählich verschlechterte sich der Zustand der Kranken, die Anämie nahm rapid zu und 10 Tage nach der Aufnahme erfolgte der Tod. Am Tage vor dem Tode betrug die Zahl der rothen Blutkörperchen 620,000, der weissen 4900, der Procentgehalt an Hämoglobin 18. Die Section ergab neben allgemeiner Anämie chronischen Magendarmkatarrh. Verfasser glaubt, dass in diesem Fall der lange Zeit bestehende Magendarmkatarrh als Ursache der perniciösen Anämie anzusehen sei, neigt also der Theorie der toxischen Entstehungsweise derselben zu.

W. Sarubin: «Die Prostitution, die venerischen Krankheiten und der Jahrmarkt in Nishnij-Nowgorod». (Nr. 29, 30).

Nach einer Charakteristik des Jahrmarktlebens mit seinen bekannten Ausschweifungen geht Verfasser auf die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituirten in Nishnij Nowgorod über und schildert die durchaus ungenügende Registrirung und Controlle, wodurch natürlich eine Weiterverbreitung der Infection ausserordentlich begünstigt wird. Zur Abwehr dieses Uebelstandes empfiehlt S. Hospital-

behandlung der Prostituirten und Inspection der Besucher der öffentlichen Häuser.

A. Krupetzky: «Hepar migrans». (Nr. 31, 32).

K. beobachtete in der S. Wassiljew'schen Klinik bei einer 33jährigen Frau, die mit einer Pleuritis exsudativa dextra aufgenommen wurde, eine leicht durch die schlaffen Bauchdecken abtastbare bewegliche, nicht vergrösserte Leber und darunter eine rechtsseitige bewegliche Niere. Daneben bestand noch eine kindskopfgrosse linksseitige Inguinalhernie. Nach Punction des Pleuraexsudates, wobei ca. 2000 ccm. in mehreren Sitzungen entfernt wurden, gelang es leicht die Leber nach oben zu reponiren und in ihrer normalen Lage durch eine Bandage zu fixiren. Durch den Druck des Pleuraexsudates und dank der Schlaffheit der Bauchdecken war also eine partielle Enteroptose eingetreten, die wohl noch dadurch gefördert wurde, dass ein Theil des Dünndarms im Bruchsack Unterkunft gefunden hatte.

S. Zaborowsky: «Zur Wirkung des Borshomer Wassers auf die Ausscheidung der Harnsäure und über die Anwendung dieses Wassers bei Nephrolithiasis». (Nr. 25—32).

Weyert.

Obosrenije psichiatrii, newrologii i eksperimentalnoi psichologii. Nr. 4—8. April—August 1896.

Raichlin: «Uebr die Sehnenreflexe bei durch bleibende Hemiplegie complicirter Tabes dorsalis». (№ 4).

Die Möglichkeit, dass die erloschenen Reflexe bei Tabikern nach organischen Hemiplegien oder überhaupt nach cerebralen Läsionen wieder auftreten, muss als bewiesen anerkannt werden. Diese Thatsache widerspricht weder unseren Anschauungen über die Natur der Tabes noch der Lehre von der absteigenden secundären Degeneration der Pyramidenbahnen. Sie beweist nur, dass das Fehlen der Sehnenreflexe bei Tabes nicht immer gleichbedeutend ist mit vollständiger Unterbrechung der entsprechenden Reflexbögen, und dass letztere im Stande sind, wiederum ihre Thätigkeit zum Vorschein zu bringen unter Verhältnissen, welche eine erhöhte reflectorische Erregbarkeit des Rückenmarkes bedingen.

Bechterew: «Ueber syphilitische disseminirte Cerebrospinalsklerose». (№ 4—6).

Klinische und anatomische Untersuchung eines Falles. Dieser unterscheidet sich von der vulgären multiplen Sklerose durch folgende Kennzeichen: 1) Fehlen von Nystagmus und Intentionszittern. 2) Rasche Entwickelung der Paraparese und Paraplegie in der Anfangsperiode der Krankheit. 3) Frühes Auftreten von starker Erschwerung der Harnentleerung. 4) Frühes Auftreten von Parästhesien und neuralgischen Empfindungen verschiedener Art in den Extremitäten und im Rumpfe. 5) Locale Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule auf Beklopfen. 6) Frühes Auftreten von paretischen Erscheinungen von Seiten der Augen. 7) Schubförmiger Verlauf der Krankheit mit brüsken Besserungen und Verschlimmerungen der Symptome. 8) Deutliche Beeinflussung der Krankheit durch antiluetische Behandlung. 9) Schnelligkeit der Entwickelung der Symptome und des allgemeinen Verlaufes der Krankheit. 10) Lues in der Anamnese gehört zu den wichtigsten aetiologischen Momenten.

Djelow: «Ueber die Kerne des n. hypoglossus». (№ 4).
Untersuchungen an Thierhirnen nach der Degenerationsmethode.

Muratow: «Anatomisch-physiologische Einleitung in den Cursus der Pathologie des Nervensystems». (№ 4).
Antrittsvorlesung des Moskauer Privatdocenten.

Tjeljatnik: «Ueber die Müller-Lyer'sche Gesichtsillusion bei Kindern und Erwachsenen». (№ 4, 5).

Die Untersuchungen erlauben folgende Schlussfolgerungen: Die genannte Illusion existirte bei allen untersuchten Subjecten ohne Ausnahme (50 an der Zahl), und zwar stets in derselben Richtung; sie hat bei Kindern wie bei Erwachsenen annähernd dieselbe Grösse; diese hängt nicht ab von der Länge der Grundlinien, sodass also auch hier das Webersche Gesetz zu Recht besteht.

Henry: «Rundschau der Arbeiten über experimentelle Psychologie im Jahre 1895 und zu Beginn des Jahres 1896». (№ 4—9).

Goffssejew: «Das Bettregime bei der Behandlung von Geisteskranken». (№ 5—8).

Sehr ausführliche Mittheilung seiner Erfahrungen aus dem Jekaterinosslawschen Semstwohospital über diese Behandlungsmethode, zu deren begeisterten Anhängern Verf. gehört.

Krewer: «Paramyoclonus multiplex Friedreich». (№ 5—7).

Krankheitsfall aus dem weiblichen Obuchowhospital mit genauer Literaturübersicht. Verf. hält die Krankheit für eine Affection der grauen Hirnrinde durch eine noch unbekannte Noxe.

Ignatjew: «Uebersicht über die Berichte psychiatrischer Anstalten». (№ 5. 6).

9 Jahresberichte aus Semstwoanstalten und 1 von der kaiserlichen Anstalt in Udjelnaja aus den Jahren 1890—1895. Ihre Vergleichung ergiebt u. A. Folgendes: 1) Die Anstalten sind überfüllt. 2) Alkoholische Geistesstörung lag bei 6% sämmtlicher Verpflegten und bei 10% sämmtlicher Aufnahmen vor. 3) Das Genesungsprocent schwankt zwischen 2. 6 und 22, 6, das Mortalitätsprocent zwischen 4, 5 und 12, 1. 4) Schlechte Qualität des Wartepersonals, zum Theil bedingt durch seine Situirung (schwerer Dienst bei geringem Solde und wenigen Emolumenten). In 3 Anstalten müssten 5, 6 % des Personals wegen roher Behandlung der Kranken entlassen werden, 60% verliessen freiwillig den Dienst im Laufe eines Jahres. 5) Ca. 30% der Verpflegungstage machten sich durch die Arbeit der Kranken bis zu mindestens einem Viertel Preises bezahlt.

Basilewski: «Untersuchungen nach Marchi's Methode von frühzeitigen absteigenden Degenerationen im Rückenmarke nach einseitiger Durchschneidung des hinteren Kleinhirnschenkels». (№ 6).

Kraïnski: «Zur Pathologie der Epilepsie. Ueber die Bedeutung des carbaminsauren Ammoniaks im Organismus und sein Einfluss auf die Entwickelung von epileptischen Anfällen». (№ 6 und 8).

Experimentelle Erhärtung durch Versuche an Kaninchen für die vom Verf. aufgestellte Hypothese, dass die Anfälle der essentiellen Epilepsie durch periodische Bildung und Anhäufung des carbaminsauren Ammoniaks im Blute bedingt sind. cf. Nr. 1—3 dieses Journals, Referat in Nr. 6 dieser Beilage, 1896, pag. 36.

Ostankow: «Das Bezirkshospital in Winniza«. (Nr. 6 und 8).

Ausführliche Entstehungsgeschichte und Beschreibung der neuen, am 1. Januar 1897 zu eröffnenden Gebietsirrenanstalt bei Winniza im Podolischen Gouvernement. Es ist die dritte Anstalt dieses Charakters; die erste besteht in Kasan, die zweite in Tworki bei Warschau für das Weichselgebiet. Sie soll 846 chronische Geisteskranke des Südwestgebietes (Kiewsches, Wolhynisches, Podolisches Gouv.) aufnehmen. Ausser dem Director sind 9 Aerzte etatmässig vorgesehen. Die Anlagekosten betragen 809000 Rbl., von welchen je 120000 Rbl. von jedem der 3 obengenannten Gouvernements zu tragen sind: den Rest giebt der Staat. Das Krankenbett kostet somit nur 970 Rbl., oder nach Abzug der hierbei nicht in Anschlag zu bringenden Kaufsumme für das Areal, nicht einmal 900 Rbl. Diese Billigkeit konnte nur Dank der besonderen oekonomischen Baumethode erzielt werden. Aller Luxus ist vermieden, jedoch sind die Interessen der Kranken und der Wissenschaft nicht einer falschen Oekonomie zum Opfer gebracht. Der Luftraum pro Kopf beträgt 5—6 Kubikfaden, die Beleuchtung ist Elektrisch (Kosten = 37000 Rbl.), die Beheizung centrale Dampfheizung, die Wasserversorgung geschieht aus dem Flusse Bug.

Mark: «Syphilitische disseminirte cerebrospinale Sklerose». (Nr. 7).

Klinische und anatomische Schilderung eines einschlägigen Falles.

Bechterew. «Ueber die Kerne der augenbewegenden Nerven und über ihre Verbindung mit einander». (Nr. 7).

Untersuchungen an Serienschnitten von Hirnen menschlicher Foeten und Neugeborenen.

Muratow: «Centraler röhrenförmiger Bluterguss des Rückenmarks bei Kindern». (Nr. 7).

Beschreibung eines Falles von centraler Haematomyelie nach schwerem Trauma bei einem 3 jährigen Knaben. Zum differentialdiagnostischen Vergleiche wird ein Fall von Syringomyelie analysirt, welcher im 13. Lebensjahre begonnen hatte.

S s u c h a n o w: «Ueber die klinischen Eigenthümlichkeiten einiger periodischen und remittirenden Formen der Amentia». (Nr. 8).

Vorläufige Mittheilung aus der Moskauer psychiatrischen Klinik.

B e c h t e r e w: «Ueber die Centren der Harnblase». (Nr. 8).

Kritische Vergleichung der Resultate der Dissertation von Dragomanow: «Ueber den Einfluss des Hirns auf den Act der Harnentleerung» mit den von Bechterew und Misslawski gemeinsam im Jahre 1888 veröffentlichten Ergebnissen gleichartiger Untersuchungen über denselben Gegenstand. Die von Dragomanoff behauptete Differenz in den Resultaten wird von Bechterew als völlig unwesentlich erwiesen. Bechterew's damalige Schlussfolgerungen lauteten: Das Bewegungscentrum der Harnblase liegt in der Tiefe des vorderen Theiles des thalamus opticus in einer Ausdehnung von nur wenigen Millimetern. Dieses Centrum ist mittels eines besonderen Faserbündels verbunden einerseits mit dem Rindencentrum der Harnblase im inneren Theile des vorderen und hinteren Abschnittes des gyrus sigmoides; andrerseits verbinden die von ihm abgehenden Leitungsbahnen, indem sie längs des inneren Ventrikels und in der oberen Etage des Hirnschenkels hinabsteigen, dieses Centrum mit den tiefergelegenen Hirncentren. — Dagegen gab Dragomanow folgendes Resumé: «Wir fanden das corticale Centrum für den m. detrusor vesicae urinariae gelegen in der vorderen Hälfte des gyrus sigmoideus (gyr. centr. anterior), woher die Fasern in der weissen Substanz verlaufen und in den thalamus opticus eindringen, welchen wir für das subcorticale Centrum des m. detrusor halten; weiter ziehen diese Fasern in den pedunculus cerebri, pons Varolii und medulla oblongata. Corpora quadrigemina und Kleinhirn nehmen keinen Antheil am Acte der Harnentleerung».

D o b r o t w o r s k i: «Ueber die Aufeinanderfolge der secundären Degenerationen in den Bündeln des Rückenmarks nach seiner Continuitätstrennung». (Nr. 8).

Die an Hunden ausgeführten Experimente ergaben Folgendes. 1) «Die Degeneration der einzelnen Bündel bei Hunden nach Continuitätstrennung des Rückenmarks beginnt nicht vor dem 4. Tage und äussert sich zuerst in aufsteigender Richtung im inneren Theile des Goll'schen, im hinteren Theile des Kleinhirnbündels und im Grundbündel in der Nachbarbarschaft mit dem anterolateralen Bündel. 2) Am 5. Tage wird bereits absteigende Degeneration beobachtet im Löwenthal'schen Bündel, im Vorderstrange, im kommaförmigen Bündel Schultze's, welche ihre höchste Intensität am 7. Tage erreicht; ferner degenerirt in absteigender Richtung auch die anterolaterale Peripherie des vorderen Abschnittes des Seitenstranges. 3) Bis zum 8. Tage erleiden die Hinterstränge, das Kleinhirnbündel zum grössten Theile, besonders in seinem hinterenAbschnitte, und der Vorderseitenstrang vollständige Degeneration in aufsteigender Richtung; in absteigenden Richtung Degeneration des Bündels längs des hinteren Septums. 4) Bis zum 10. Tage erreicht in aufsteigender Richtung das ganze Kleinhirnbündel vollständige Degeneration, während in absteigender Richtung eine Verringerung des degenerirten Gebietes im kornförmigen Bündel Schultze's statthat, und die Degeneration im Pyramidenseitenstrange auftritt. 5) Zwischen dem 14. und 18. Tage erreicht die Degeneration über den ganzen Querschnitt des Rückenmarks ihr Ende durch vollständige Degeneration der Pyramidenseitenstränge. 6) Es existirt eine gewisse Reihenfolge in der Degeneration der einzelnen spinalen Bündel, jedoch entspricht sie nicht vollkommen der Reihenfolge, in welcher diese Bündel bei ihrer primären Entwickelung mit Mark sich umhüllen. 7) Beim Menschen entwickelt sich die Degeneration der Rückenmarksbündel, wie es scheint, im Allgemeinen langsamer, als bei Thieren».

W o r o t i n s k i: «Ueber Beginn und Reihenfolge der Entwickelung secundärer Degenerationen der einzelnen Systeme im Rückenmarke von Hunden». (Nr. 8).

Die Schlussfolgerungen sind: 1) «Nach völliger Durchschneidung des Rückenmarks bei Hunden tritt nach Verlauf von 4½ Tagen aufsteigende Degeneration des Goll'schen Bündels ein, welche jedoch um diese Zeit noch sehr schwach ausgeprägt erscheint. 2) Am 5. Tage nach der Operation schliesst sich an die erwähnte Degeneration, welche jetzt bedeutend deutlicher hervortritt, eine absteigende Degeneration des Löwenthalschen, des vorderen Rand- und des intermediären Seitenbündels. 3) Am 6. Tage beginnen die directen Kleinhirnbündel zu degeneriren, wobei die Degeneration zuerst in ihrem hinteren oder dorsalen Theile auftritt. 4) Am 7. Tage erscheint die beginnende Degeneration der Pyramidenseitenstränge in absteigender Richtung. 5) Den höchsten Grad der Entwickelung erreicht der degenerative Process nach Durchschneidung des Rückenmarks in den Gollschen und Löwenthalschen Bündeln nach 8—10 Tagen, in den Kleinhirnsträngen nach 14—16 Tagen und endlich in den Pyramidenseitenbahnen nach 20—30 Tagen».

B e c h t e r e w: «Ueber secundäre Degeneration des absteigenden Bündels des vorderen Kleinhirnschenkels, des Centralbündels der Haube und der Schleifenschicht». (Nr. 8).

Aus dem mikroskopischen Befunde seines in Nr. 4—6 dieses Journales beschriebenen Falles von syphilitischer disseminirter Sklerose werden obige 3 Punkte wegen ihrer Seltenheit besonders hervorgehoben. Bechterew schliesst aus seinen Untersuchungen, dass im vorderen Kleinhirnschenkel ausser centripetalen, zum Grosshirn aufsteigenden Bündeln auch ein centrifugales Fasersystem enthalten ist, ferner dass das Centralbündel der Haube ein centrifugales Fasersystem darstellt, da es in absteigender Richtung degenerirt, endlich dass die Schleifenschicht, sowohl auf als absteigende Fasersysteme enthält. M i c h e l s o n.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoj Medicini i Bakteriologii. Bd. 1 Liefg. 5 und 6.

W. P o d w y s s o t z k i: «Ueber die Bildung von Krystallen aus hyalinen Kugeln».

P a u l S t a t k e w i t s c h: «Warum sind die Knochen für die Röntgen'schen Strahlen undurchdringlich?»

Auf Grund seiner Studien schliesst Verf., dass die Undurchdringlichkeit auf den Gehalt der Knochen an Calciumsalzen beruhe.

P. D r o s d o w s k i: «Oesophaguscarcinom mit Durchbohrung der Aorta».

45-jähriger Mann wird in's Hospital mit Klagen über Schlingbeschwerden aufgenommen; selbst Flüssigkeiten können nicht heruntergebracht werden; beim Versuche herunterzuschlucken, kommt die Flüssigkeit mit Hustenstössen zurück, dabei zeigt sich helles Blut. Patient kann nur die rechte Seitenlage einnehmen, beim Versuch sich auf den Rücken, oder auf die linke Seite zu legen, treten starke asthmatische Beschwerden auf. Im Verlauf von 12 Stunden, die Patient im Hospital zugebracht hat, wurden 800—1000 g. Blut entleert. Tod in Syncopoe. Bei der Section fand D. im mittleren Drittel der Schlundröhre ein 10 cm. langes Geschwür mit grauem Belag, dessen Ränder wallartig, mit Krebsknoten durchsetzt. Im unteren Theil des Geschwürs ist die Wand des Oesophagus zerstört und der anliegende absteigende Theil der Brustaorta usurirt; der Riss ist quer 1½ cm. lang, von ovaler Form, die Ränder verdünnt; die innere Fläche der Aorta ist glatt und glänzend und in der Gegend der Perforationsöffnung finden sich keine epitheliale Zellen, sondern nur Rundzelleninfiltrate — was auf einen Entzündungsprocess hindeutet. D. schliesst nun, dass die Perforation der Aortenwand bei Oesophaguscarcinom auf zweierlei Weise vor sich gehe: entweder in Folge der Ueberwucherung der Geschwulst auf die Aortenwand oder in Folge eines stattgreifenden Entzündungsprocesses.

O. K u s m i n. «Ueber den Einfluss der Hyperthermie bei verschiedenen Formen des Hungerns».

Die interessanten experimentellen Beobachtungen sind im Original nachzulesen. Die Resultate sind folgende: Je geringer das Thier, um so rascher tritt der Tod ein, sowohl bei absolutem Hungern, als auch bei Hungern mit Wasserzufuhr, bei gewöhnlicher Zimmertemperatur und bei einer die Hyperthermie bedingenden Temperatur — (37°—40° und mehr). Die Grösse des Gewichtsverlustes hängt vom Ernährungszustande, Gewicht und Alter des Thieres ab. Je höher die Temperatur der Umgebung, und je mehr Dämpfe die erhitzte Luft aufnimmt, um so rascher erwärmen sich die im Apparate sich befindenden Thiere, und um so rascher tritt der Tod ein Bei kleinen Thieren verstärkt die Hyperthermie den absoluten täglichen Gewichtsverlust in höherem Grade, als bei grösseren Thieren. Bei Hungernden mit Wasserzufuhr verkürzt die Hyperthermie die Periode vom Beginn des Hungerns bis zum Tode auf die Hälfte, bei absolut hungernden Thieren fast um das fünffache. Die Hyperthermie bewirkt ein früheres Auftreten von Albuminurie und ein rascheres Einsetzen der Degenerationsprocesse in den Geweben. — Was den Gewichtsverlust der Organe anlangt, so ist derselbe am stärksten in

der Leber, der Milz und dem Darm ausgesprochen; viel weniger büssen der Magen, die Nieren, das Herz und die Lungen an Gewicht ein.

G. Lohk: «Epidemiologische Untersuchungen über die Ausbreitung und die Aetiologie der Lepra».

Abelmann.

Shurnal russkago obschtestwa ochranenija narodnago sdrawija. Nr. 4—8 incl 1896.

Prof. A. Jakobi: «Die Fremdvölker Nord—Russlands». (Nr. 3 und 4).

W. Matweewa: «Ueber die normale Haltung der Lernenden beim Schreiben». (Nr. 4).

In Folge einiger Besonderheiten des Unterrichts in den Elementarschulen ist diese Frage für die Stadtschulen St. Petersburgs eine der wichtigsten Fragen der Schulhygiene. Sie steht in inniger Beziehung mit: 1) der Verbesserung der Ernährung der Kinder durch Einrichtung warmer Fhühstücke für dieselben; 2) der Einschränkung der schriftlichen Aufgaben und Verlängerung der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Stunden; 3) der Einrichtung zweckmässiger Schulbänke, auf den die Schüler nach ihrem Wuchs versetzt werden müssen: 4) Der Einführung in den Schulen der geraden Schrift, die mehr der richtigen Haltung des Körpers beim Schreiben entspricht.

M. Sacharbekow: «Zur Bakteriologie der Petersburger Milch». (Nr. 4).

Die Untersuchungen des Verf. zeigten, dass die am meisten durch Bakterien verunreinigte Milch die zum Herumtragen bestimmte ist, darauf folgen die Buden- und Marktmilch und die Milch aus Meiereien. Am wenigsten verunreinigt ist die eigentliche Stadtmilch, die aus den Kuhstallen von den Sanitätsärzten direct auf die städtische Sanitätsstation hingeschickt wurden. 5,63% der untersuchten Milchproben enthielten Tuberkelbacillen. Es ist also die Petersburger Milch für die Consumenten derselben, besonders Kinder, sehr gefährlich.

P. Enko: «Die Sommercolonie in Lewaschewo». (Nr. 5).

A. Tizner: «Wo wird mehr für schwache Kinder gesorgt, in Russland oder in Westeuropa». (Nr. 5).

Im ganzen existiren in Russland 8 Sommercolonien zur Behandlung armer Kinder, die an schweren Formen von Chlorose, Osteomyelitis u. s. w. leiden. 5 von diesen Colonien werden von der Stadt Petersburg, 2 von Odessa und 1 von Warschau organisirt. Erholungscolonien für arme Kinder existiren 13.

A. Palezkaja: «Sommercolonien für Kinder». (Nr. 5).

A. Brüsgin: «Die Flecktyphusepidemie in Saratow im Jahre 1892». (Nr. 6).

In diesem Jahre trat der exanthematische Typhus in Saratow zum ersten Male epidemisch auf und wurde von den deutschen Colonisten aus dem Gouv. Samara eingeschleppt. Im Laufe des Jahres erkrankten 796 Personen, darunter 70,5% im Alter von 10 bis 40 Jahren. Von 42 Pflegerinnen erkrankten 23. Bei 191 Patienten fehlte das Exanthem, bei 204 bestand dasselbe aus Roseolen und bei 376 aus Petechien. Hautabschuppung wurde in 33%, Milzvergrösserung in 95% der Fälle beobachtet. Temperaturabfall am 7—19, häufiger am 10—15 Krankheitstage. Delirien traten in 294 Fällen ein. Mortalität 7,8%.

A. Brüsgin: «Die Choleraepidemie in Saratow im Jahre 1892». (Nr. 6).

In den Baraken des Stadthospitals wurden im Laufe der Epidemie 641 Cholerakranke behandelt, von den 375 gestorben sind (58% Mortalität).

W. Okunew: «Die Rolle des Labfermentes bei den Assimilationsprocessen des Organismus». (Nr. 7—8).

W. Kistjakowsky: «Einige Bemerkungen über die Extractionsmethoden des Glycogens und über den Zustand, in dem dasselbe sich in den Geweben befindet». (Nr. 7—8). Siehe Referat in dieser Beilage, pag. 56, 1895.

P. Bereskin: «Beiträge zur Frage über die Vertheilung der Mineralien im gesunden und kranken Organismus». (Nr. 78).

Verf. untersuchte zuerst die Vertheilung des Chlors. Die Untersuchungen wurden an vollständig gesunden und hungernden Thieren angestellt, darauf an Thieren, die kein Chlor in der Nahrung bekamen und endlich an Thieren mit künstlich durch Aloininjection hervorgerufener Nephritis resp. Diphtherie durch Injection von Reinculturen oder Toxinen derselben. Alle Organe und Gewebe können nach ihrem Chlorgehalte in zwei grosse Gruppen eingetheilt werden; in solche mit bedeutendem Chlorgehalte und in solche mit geringem Gehalte desselben. Zur ersten gehören das Blut, die Lungen, Haut, Nieren, Milz, Gehirn, Magenschleimhaut und Unterhautzellgewebe; alle übrigen Organe und Gewebe gehören zur zweiten Gruppe. Die gegenseitige Stellung der einzelnen Glieder in diesen zwei Gruppen blieb bei allen Versuchen fast die gleiche. Der absolute Chlorgehalt in ganzen Organen und Geweben war am höchsten in der Haut, etwas geringer im Blute, darauf folgen das Unterhautzellgewebe und Knochengewebe. Das Hungern der Thiere und der Mangel an Chlor im Futter derselben hatten auf den Chlorgehalt der Gewebe keinen Einfluss. Bei Nephritiden bekam Verf. keine bestimmten Resultate, bei Diphtherie dagegen trat stets eine Steigerung des Chlorgehalts der Gewebe ein. Es wurde weiterhin die Vertheilung des Ammoniaks untersucht. Dasselbe ist ein Zerfallsproduct der organischen Substanz der Gewebe, als Resultat der Lebensthätigkeit derselben. Man konnte deshalb schon à priori voraussetzen, dass dasselbe nur in gelöstem Zustande im Blute und in den Gewebsflüssigkeiten enthalten ist. Dieser Gedanke findet auch darin seine Bestätigung, dass der Ammoniakgehalt des Blutes und der Organe von der Art der Nahrung direct abhängig ist. So konnte man eine ausgesprochene Abnahme des Ammoniaks im Blute und den Geweben der Thiere nach 4-tägigem Hungern, oder beim Füttern derselben mit stickstoffarmer Nahrung (Milch, Brod) constatiren. Die Untersuchung der topographischen Vertheilung des Ammoniaks gab jedoch auch hier werthvolle Resultate. Besonders berücksichtigt zu werden verdient die Vertheilung des Ammoniaks in den verschiedenen Abschnitten des Gefässsystems: 1) im arteriellen Blute ist der Ammoniakgehalt ein ziemlich constanter und schwankt zwischen 1,3 und 1,7 mg auf 100 g Blut; 2) im Blute der Vena portae ist er 3,4 Mal grösser, als im arteriellen und 3,5 Mal grösser, als im Blute der Lebervenen; 3) einen noch grösseren Ammoniakgehalt als in der Vena portae finden wir in den Aesten derselben: v. v. mesenterica, gastrica und pancreatica; 4) einen sehr hohen Ammoniakgehalt zeigt weiterhin die Magenschleimhaut, was, wahrscheinlich, durch den rasch vor sich gehenden Zerfall der Eiweisssubstanzen in der Tiefe derselben, erklärt werden muss. A. Sacher.

Bolnitschnaja gaseta Botkina Nr. 26 – 32.

G. Zeidler: «Drei Fälle von Trepanation des Schädels bei corticaler Epilepsie». (Nr. 26—28).

Im ersten Fall handelte es sich um einen 44-jährigen Patienten, der im Sommer 1895 wegen klonischer Zuckungen in der linken Gesichtshälfte in das Obuchowhospital aufgenommen wurde. Die Zuckungen hatten ohne bekannte Ursache 3 Monate vor der Aufnahme begonnen, wiederholten sich alle 5 Minuten und dauerten ca. 1½ Minuten. Daneben bestanden heftige Kopfschmerzen, verlangsamter Puls, Parese des linken Facialis, beiderseitige Neuroretinitis, so dass an eine Neubildung im linken Facialiscentrum gedacht wurde und sich Z. zur Trepanation entschloss. Nach Bildung eines Hautknochenlappens in der Projection der Roland'schen Furche und Eröffnung der stark gespannten, nicht pulsirenden Dura wölbte sich die von ödematöser Pia bedeckte Hirnmasse vor und zeigte an einer Stelle einen gelblichen Erweichungsheerd, der mit dem scharfen Löffel entfernt wurde. Es blieb eine ungefähr hühnereigrosse Höhle zurück. Dieselbe wurde tamponirt, die Dura theilweise vernäht und der Tampon durch eine Einkerbung des Knochenlappens hinausgeführt. Nach der Operation sistirten die Zuckungen, dagegen verblieb die Facialisparese und traten leichte Parese der Extremitäten und Schluckbeschwerden auf. Am 7. Tage stellten sich Temperaturerhöhung und eine linksseitige Pneumonie ein, der der Patient am 20. Tage erlag. Der vernähte Theil der Wunde war am 8. Tage per primam verheilt. Die Section ergab Schluckpneumonie. Der Knochenlappen war fest eingeheilt. Die entfernte, zerfallene Gehirnmasse erwies sich als Gliom.

Der zweite Fall betraf ein 19-jähriges Mädchen, das von Kindheit an linksseitigen epileptischen Anfällen litt. 2 Wochen vor der Aufnahme nahm die Zahl der Anfälle so zu, dass sie beinahe ohne Unterbrechung auf einander folgten. Die Anfälle begannen in der linken Gesichtshälfte und gingen auf linken

Arm und Fuss über. In der anfallsfreien Zeit wurde Paralyse des linken Facialis und der linken Extremitäten constatirt. Da Narcotica nicht halfen und bald ein Status epilepticus auftrat wurde zur Operation geschritten. Autor bildete einen Hautknochenlappen nach Wagner in der Projection der rechten Centralwindungen. Die Dura war nicht gespannt, das Hirn pulsirte schwach. Nach Bestimmung der Centren durch electrische Reizung wurde ein Schnitt in die Hirnsubstanz gemacht, der aber keinerlei Veränderungen ergab. Darauf entfernte Z. die betreffenden Theile der Rinde, führte einen Tampon ein und vernähte die Dura und den Lappen. Prima intentio der vernähten Theile. Die Anfälle nahmen nach der Operation allmälich ab und hörten nach einer Woche völlig auf. Es restirte eine Parese des linken Facialis und der linken Hand und des linken Fusses. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Rindenstückes ergab chronische Encephalitis. Die dritte, 52-jährige Patientin hatte vor 3 Jahren einen Schlaganfall gehabt und eine linksseitige Hemiplegie nachbehalten. Im Februar 1896 wurde sie wegen Influenza in das Obuchowhospital aufgenommen und hier begannen nach 2 Wochen epileptische Zuckungen, die zuerst im linken Arm auftraten, um auf die linke Gesichtshälfte und auf das linke Bein überzugehen. Die Anfälle nahmen bald an Zahl zu (bis zu zwei in 5 Minuten) und da eine antiluetische Kur ohne Erfolg blieb entschloss sich Z. zur Trepanation, die ebenso wie im vorhergehenden Fall ausgeführt wurde, verbunden mit Abtragung der betreffenden unveränderten Rindentheile. Die Heilung verlief glatt. Vom dritten Tage an sistirten die Anfälle, es verblieb eine Parese des linken Facialis und der linken Extremitäten und merkwürdigerweise motorische Aphasie. Mikroskopisch liessen sich keine Veränderungen im entfernten Hirnstück nachweisen.

N. Petrow; «Polyposis gastrointestinalis adenomatosa». (Nr. 25, 26).

Die 20-jährige Patientin war wegen Invagination des Ileum im Obuchowhospital laparotomirt worden, das invaginirte Stück wurde resecirt. Allein nach einer Woche trat Peritonitis in Folge Durchschneidens der Darmnähte auf und Patientin starb. Der Magen erwies sich bei der Section etwas dilatirt, die Schleimhaut war schiefergrau, verdickt und bot das Bild des état mamelloné, verbunden mit einer grossen Zahl kleiner Polypen. Im Dünn- und Dickdarm wurden viele blumenkohlartige, gestielte und ungestielte Polypen bis zu Wallnussgrösse gefunden, von denen einige, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, den Uebergang zum Adenocarcinom zeigten. Die Schleimhaut des Darmes war ausserdem chronisch katarrhalisch verändert.

W. Posashny: «Ueber Kresol bei Abdominaltyphus». (Nr. 27, 28).

P. verabreichte 83 Typhösen das Kresol zu 15—30 Tropfen täglich in Milch. Albuminurie galt nicht als Contraindication und konnte auch keine Verschlechterung der Nephritis durch Kresolgebrauch constatirt werden. Bei grösseren Dosen (bis 45 Tropfen) war Phenol im Harn nachweisbar. Im Allgemeinen hebt P. die günstige Wirkung des Kresols auf den Magendarmkanal hervor: der Appetit hob sich, die Zunge reinigte sich, der Meteorismus nahm ab und in der Mehrzahl der Fälle wurden die Ausleerungen seltener und consistenter. Die Durchschnittszahl der Fiebertage ging von 19 auf 16 zurück; zwei Patienten starben. Neben Kresol wurden Wannen angewandt.

M. Rostowzew: «Schluss eines Defektes der vorderen Wand der Highmorshöhle durch einen Hautlappen». (Nr. 28).

Bei einer 55-jähriger Patientin wurde ein Carcinom entfernt, das die rechte Wange und das rechte Auge einnahm. Dabei mussten der Oberkiefer, das Stirnbein und Schläfenbein resecirt und das Auge enucleirt werden. Die ganze vordere Wand der Highmorshöhle wurde abgetragen. Die Wunde heilte per granulationem, nur der Defekt der Highmorshöhle wurde nach einiger Zeit durch einen Wangenlappen verschlossen, nachdem die ziemlich stark secernirende Schleimhaut der Höhle ausgelöffelt worden war. Die Höhle wurde mit einem durch eine Zahnalveole hinausgeführten Tampon ausgefüllt. Heilung der Wangenwunde per primam, wodurch ein günstiges kosmetisches Resultat ermöglicht war.

A. Jarotzky: «Ein Fall von Blutung aus den Mesenterialdrüsen in die Bauchhöhle bei Typhus». (Nr. 29).

Verfasser beobachtete obige seltene Complication bei einer 17-jährigen Patientin, die am fünften Krankheitstage mit schweren Allgemeinsymptomen in das Obuchowhospital aufgenommen wurde und nach einer Woche an Herzschwäche und intercurrenter Pneumonie starb. Bei der Section fand sich in den unteren Abschnitten der Bauchhöhle dunkelrothes mit Gerinnseln vermischtes Blut. Die Mesenterialdrüsen waren stark geschwellt bis zu Taubeneigrösse, einige enthielten im Inneren eine blutig gefärbte Flüssigkeit (darunter eine mit einem kleinen, durch einen Fibringerinnsel geschlossenen Defekt), andere enthielten eiterähnlichen Inhalt. Bei mikroskopischer Untersuchung der Drüsen fanden sich Thromben, die aus Bacillennestern bestanden.

M. Rostowzew: «Ein Fall von secundärer Resection des Dünndarms mit Radikaloperation einer Schenkelhernie». (Nr. 30).

Die 55-jährige Patientin wurde wegen doppelseitiger Schenkelhernie in das Obuchowhospital aufgenommen. Links bestand eine reichlich faustgrosse, leicht reponible Hernie, rechts eine ebenso grosse nicht reponible Hernie, die theilweise mit der Haut narbig verwachsen war und eine Kothfistel aufwies. Die linke Hernie hatte sich vor 10 Jahren, die rechte vor 4 Jahren gebildet. Letztere hatte vor 3 Jahren zur Einklemmung Veranlassung gegeben, die Patientin auf ½ Jahr ans Bett gefesselt und als Resultat der vernachlässigten Behandlung eine Kothfistel hinterlassen. Um von dieser befreit zu werden, suchte Patientin nun ärztliche Hilfe auf. Bei Eröffnung des Bruchsackes erwies es sich, dass eine Dünndarmschlinge mit einem Theil der Bruchsackwand und der Haut verwachsen war, so dass der betreffende Theil der Darmwand resecirt wurde. Anderweitige Verwachsungen liessen sich leicht lösen. Nach Versenkung der resecirten Darmschlinge wurde der Bruchring nach «Fabricius» geschlossen. Die Wunde heilte per primam. Häuslicher Umstände wegen musste Patientin das Hospital verlassen, ohne sich einer Herniotomie rechterseits unterzogen zu haben.

K. Walter: «Ein Fall von mit dem S-Romanum communicirenden retroperitonealen Abscess». (Nr. 31, 32).

Obgleich retroperitoneale Abscesse keine Seltenheit sind, so bot der vorliegende Fall so viel Schwierigkeiten in der Pathogenese, dass er dem Verfasser der Veröffentlichung werth schien. Es handelte sich um einen 67-jährigen Kranken, der wegen heftiger Schmerzen im linken Oberschenkel in das Obuchowhospital aufgenommen wurde. 2½ Monate vordem hatte er eine Influenza(?) überstanden. Vor 14 Tagen habe er das Gefühl gehabt, als ob etwas in der linken Beckengegend geplatzt wäre und darnach hätten sich heftige Schmerzen im linken Bein längs des Ischiadicus eingestellt. Nach einigen Tagen hätte sich eine bedeutende, schmerzhafte Schwellung unter dem Gesäss links gebildet, die dann verschwunden wäre. Patient war stark heruntergekommen und bot bei der Aufnahme die Zeichen beginnender Sepsis. In der linken Fossa iliaca wurde ein grosser Eiterheerd constatirt, der sich extraperitoneal in das kleine Becken und durch das Foramen ischiadicum majus zwischen die Oberschenkelmuskulatur gesenkt hatte und dabei Luft enthielt, so dass das obere ⅓ des Oberschenkels tympanitischen Darmschall gab. Die Rectaluntersuchung förderte keine neuen Anhaltspunkte für die Entstehung des Abscesses. Die Blasenfunctionen waren normal. Während einerseits keinerlei Ursachen für die Pathogenese eines Congestivabscesses vorlagen, sprachen anderseits die schnelle Bildung und das ebenso schnelle Verschwinden der Geschwulst, die Sepsis, das Gargouillement und die Verkleinerung bei Druck auf die Geschwulst vielleicht eher für eine Hernie ischiadica. Allerdings fehlten typische Incarcerationserscheinungen. Daher konnte die klinische Diagnose nicht genauer präcisirt werden und entschied sich Verfasser per exclusionem für Congestivabscess, wahrscheinlich in Folge Knochenerkrankung des Beckens oder der Wirbelsäule. Nach einigen Tagen starb der Kranke unter zunehmenden Erscheinungen der Sepsis, nachdem noch 2 Tage vor dem Tode die Temperatur subnormal geworden war und sich starke Durchfälle eingestellt hatten. Bei der Section wurde ein geringer seröser Erguss in der Bauchhöhle gefunden. In der linken Fossa iliaca lag retroperitoneal ein grosser Abscess, der durch eine kleine Oeffnung mit dem S-Romanum comunicirte. Nach oben reichte die Eiterhöhle bis zur linken Niere; der Ileopsoas war mit Eiter infiltrirt und durch die Lacuna musculorum hatte sich der Eiter bis zur Mitte des linken Oberschenkels gesenkt. Ebenso waren das Cavum Retzii und die Gegend hinter dem Rectum in Eiterhöhlen verwandelt, die mit einander und mit dem Abscess in der Fossa iliaca in Verbindung standen. Weder in den Beckenknochen, noch in der Wirbelsäule, noch endlich in den Gelenken konnten Eiterheerde oder cariöse Processe nachgewiesen werden. Offenbar war 2 Tage vor dem Tode bei Abfall der Temperatur und Eintritt der Durchfälle der Abscess in das S-Romanum perforirt. Verfasser glaubt, dass die retroperitoneale Phlegmone abhing von Infection des Zellgewebes und der retroperitonealen Lymphdrüsen vom Darm aus. Die Schleimhaut des Darmes war nicht verändert.

Weyert.

Дозв. ценз. Спб. 30 Ноября 1896 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.